61/1

NUFFIELD LIBRARY
BRITISH MEDICAL ASSOCIATION

22900437874

Med
K49694

Presented to the Library
by Ernest Hart Esq

CONGRÈS INTERNATIONAL

DE

LARYNGOLOGIE

1.ere SESSION MILAN SEPTEMBRE 1880

COMPTE-RENDU

PUBLIÉ PAR

CHARLES LABUS

Président du Congrès

SUR LES PROCÈS VERBAUX COORDONNÉS PAR LE SECRÉTAIRE M. FRUA

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION LIBRARY.

MILAN

IMPRIMERIE PIERRE AGNELLI

Rue Pietro Verri, N. 16

MDCCCLXXXII.

14802307

WELLCOME INSTITUTE
LIBRARY
Coll. welMOmec
Call
No. WV

TABLE DES MATIÈRES

Préliminaires.

Première idée du Congrès. — Lettre de M. Labus aux confrères . . *Pag.* 1
Formation du Comité promoteur. — Invitation aux collègues . . . . » 2
Règlement provisoire . . . . . » 3
Programme . . . . . » 4

Liste des membres du Congrès . . . . . » 7

Séance d'inauguration.

Ouverture. — Discours du Président du Comité promoteur . . . . . » 11
Discussion et approbation du Règlement définitif du Congrès . . . . » 12
Nomination du bureau de Présidence . . . . . » 15

Communications de Messieurs:

E. Fournié. La voix eunukoïde, sa pathogénie, son traitement . . . » 15
Discussion Krishaber . . . . . » 21

M. Krishaber. Recherches expérimentales sur l'intensité du son de la voix » 21
Discussion Schnitzler, Krishaber, Fournié . . . . . » 23

R. De la Sota. Action pathologique du tabac sur la gorge . . . . . » 24

O. Heinze. Une forme rare de sténose laryngienne . . . . . » 28
Discussion Krishaber . . . . . » 32

G. Catti. L'ankylose des articulations crico-aryténoïdiennes et la paralysie des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs . . . . . » 32
Discussion Massei, Stoerk, Krishaber . . . . . » 36

Nomination d'une Commission pour établir une nomenclature laryngologique exacte . . . . . » 36

Deuxième Séance.

Communication par le Président de plusieurs lettres des confrères absents, et des travaux envoyés en hommage . . . . . *Pag* 37

Instruments et appareils exposés par leurs inventeurs:

Laryngoscope du D.r M. Schaeffer . . . . . » 38
Nouveau système d'éclairage de Drummond pour l'examen et traitement des maladies du larynx, du D.r Lennox Browne . . . . . » 38
Appareil d'éclairage pour la laryngoscopie, du D.r Labus . . . . . » 41
Mannequin pour la laryngoscopie, du D.r Isenschmid . . . . . » 41
Mannequin pour les opérations laryngoscopiques, du D.r Labus . . . » 41
Un nouvel instrument pour l'extirpation des membranes transversales pathologiques dans les voies aériennes, du D.r Fieber . . . . . » 42
Instrument pour enlever les tumeurs adénoïdes de la cavité naso-pharyngienne, du D.r Lange . . . . . » 42
Serre-noeud pour enlever les polypes nasaux, du D.r Lange . . . . » 43

Communications de Messieurs :

L. Thaon. L'hystérie et le larynx . . . . . » 43
Discussion Krishaber, Gouguenheim, Schnitzler . . . . . » 48

Lennox Browne. Quelques preuves objectives ayant rapport à l'état de maladie connue sous le nom de « Globus hystericus ». . . . . » 48

F. Massei. Comparaison entre le courant faradique et le continu dans les paralysies vocales . . . . . » 54

M. Krishaber. La laryngotomie inter-crico-thyréoïdienne . . . . . » 61
Discussion Stoerk, Zawerthal, Elsberg . . . . . » 64

M. Stoerk. Présentation et démonstration de plusieurs instruments de son invention . . . . . » 64

Troisième Séance.

Communications de Messieurs :

P. Masucci. Quelques considérations sur le spasme de la glotte chez les adultes. . . . . *Pag.* 67

A. Baréty. Sur la laryngite striduleuse, ou faux croup, considérée comme un des symptômes de l'engorgement aigu des ganglions lymphatiques trachéo-bronchiques. . . . . » 69
Discussion Masci . . . . . » 83

J. M. Rossbach. Nouvelle méthode d'opération sous-cutanée pour l'ablation des néoformations dans l'intérieur du larynx . . . . . *Pag.* 83
Discussion Stoerk, Catti, Hering . . . . . » 85

J. Schnitzler. La première opération endolaryngienne pendant la narcose . . . . . » 86
Discussion Stoerk, Krishaber, Capart . . . . . » 90

J. M. Rossbach. Nouvelle méthode d'anesthésie du larynx . . . . . » 91
Discussion Krishaber, Schnitzler, Stoerk, Zawerthal, Catti, Gouguenheim » 92

Capart. L'hypertrophie des amygdales considérée surtout au point de vue du traitement . . . . . » 93
Discussion Massei, Krishaber, Elsberg, Schmidt, Massei, Lennox Browne, Schnitzler . . . . . » 97

H. De Albertis. Quelques mots sur l'extirpation des polypes du larynx » 98

M. Schmidt. Du traitement de la phthisie laryngée . . . . . » 100
Discussion Krishaber, Massei, Schnitzler, Stoerk, Gouguenheim . . » 103

R. Ariza. De la laryngopathie gastrique . . . . . » 104

Lennox Browne. Sur la tuberculose buccale, linguale et pharyngée . » 104
Discussion Catti . . . . . » 112

A. Gouguenheim. Sur les plaques muqueuses du larynx . . . . . » 112
Discussion Massei, Krishaber, Gouguenheim, Schnitzler, Grazzi . . » 116

Quatrième Séance.

Lecture des procès verbaux — Communication du Président sur l'invitation reçue d'assister au Congrès de l'Association médicale italienne à Gênes, au Congrès international d'otologie à Milan et à la subsection laryngologique au Congrès international médical de Londres 1881 » 117
Détermination du siége de la prochaine session du Congrès . . . . . » 117
Nomination du Comité ordinateur de la deuxième sessfon du Congrès . » 119

Relations sur les travaux envoyés par les confrères qui n'ont pu assister au Congrès:

M. Sidlo. Du traitement de la diphthérite avec le couteau. — Relateur M. Catti . . . . . » 118

M. Koch. L'igni-puncture dans les affections de premières voies respiratoires. — Relateur M. Krishaber . . . . . » 118

M. Fieber. Un nouvel instrument pour l'extirpation des membranes transversales pathologiques dans les voies aériennes. Relateur M. Hering » 121

M. Porter. Sur l'excision de l'épiglotte. — Relateur M. Schmidt . . *Pag.* 121

M. Rumbold. De l'inflammation chronique du larynx et son traitement. — Instruments pour faire des applications aux cavités nasales, naso-pharyngienne et au larynx. — Rel. M. Stoerk . . . . . » 121

M. Prosser James. Sur la phthisie laryngée. — Rel. M. Labus . . . » 123

M. Bristowe. De la compression sur la trachée et sur le nerf récurrent laryngien et de leurs conséquences relatives. — Rel. M. Capart . » 123

M. Prosser James. Sur le bégaiement des cordes vocales. — Rel. M. Grazzi » 124

M. Cutter. Sur la nature de la membrane du croup. — Rel. M. Zawerthal » 125

M. Breccia. Laryngoscope électro-photographique. — Relat. M. Morra . » 126

M. Cornilleau. Du traitement de la diphtérie laryngée par les préparations oxaliques. — Rél. M. Labus. . . . . » 126

M. Moure. Les tumeurs kystiques du larynx. — Rel. M. Labus . . . » 128

M. Schmithuisen. Un cas de retour de la voix perdue depuis dix ans, moyennant la rhinoscopie. — Rel. M. Elsberg . . . . . » 133

M. Cazenave de la Roche. La pharyngite granuleuse. — Rel. M. Grazzi » 135

M. Battaglia. Les effets de l'excision des nerfs du larynx sur la fonction vocale et sur le mécanisme de la respiration. — Rel. M. Morra . » 136

M. Moura. Statistique millimétrique des diverses parties de l'organe de la voix. — Rel. M. Fournié . . . . . » 139

Communications de Messieurs:

M. Krishaber. Le spasme laryngé dans l'ataxie locomotrice . . . . » 144
Discussion Tháon, Krishaber . . . . . » 148

L. Elsberg. Quelle est l'expérience des praticiens présents à l'égard de la fréquence et du traitement des érosions de l'épiglotte . . . . . » 149
Discussion Schmidt, Elsberg . . . . . » 150

R. Ariza. De la phthisie laryngienne idiopathique et des signes objectifs qui la révèlent au laryngoscope . . . . . » 150

W. Zawerthal. Sur la tuberculose du pharynx . . . . . » 151

Loewenberg. Trois mixo-sarcômes dans le pharynx d'une petite fille de cinq ans. Extirpation à l'aide du doigt . . . . . » 156

A. Caselli. Un cas d'extirpation du larynx, du pharynx, de la base de la langue, du voile du palais et des amygdales . . . . . *Pag.* 158

Cinquième Séance.

Comunications de Messieurs :

J. Frua. A propos du traitement des plaques muqueuses du pharynx . » 161

J. Ruggi. Un cas de laryngotomie opéré à tête pendante . . . . . » 164

V. Morra. Sur le croup laryngien et son identité avec la diphthérite . » 167

C. Labus. L'hypermégalie et la paralysie de la luette et leur influence sur la voix. . . . . » 179
Discussion Fournié, Labus, Capart, Labus, Lennox Browne, Fournié, Labus, Blane, Elsberg, Semple, Zawerthal . . . . . » 191

T. Hering. Un cas de paralysie des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs suivie de paralysie labio-glosso-laryngée. . . . . » 192

D. Cervesato. Des kystes laryngés . . . . . » 193
Discussion Zawerthal, Massei . . . . . » 227

F. Massei. Contribution à l'étude des maladies du ventricule de Morgagni » 227

Llewelyn Thomas. Traitement des varices de la bouche, du pharynx et du larynx . . . . . , ... » 235

W. Zawerthal. Etudes cliniques sur les affections syphilitiques du larynx » 238

P. Masucci. Douches nasales d'air comprimé simples ou médicamenteuses, d'après la méthode du D.r Massei . . . . . » 245

J. Ruggi. Un cas d'extirpation d'un goître volumineux. . . . . » 249

M. Capart. L'influence exercée sur le larynx et la trachée par les affections des fosses nasales et de la cavité naso-pharyngienne . . . . . » 249

Clotûre du Congrès . . . . . » 254

PRÉLIMINAIRES

M. le Dr. Labus de Milan ayant eu connaissance vers la fin de Mars 1880 que les Congrès internationaux d'Ophthalmologie et d'Otologie devaient se tenir dans sa ville au mois de Septembre, conçût l'idée de saisir cette occasion pour initier de même pour la Laryngologie une série de Congrès internationaux et, pour connaître l'opinion de ses Confréres à ce propos, il leur expédia la lettre qui suit:

MILAN, Via St. Andrea, 8
ce 30 *Mars* 1880.

Très honoré Confrère

Dans la première quinzaine du mois de Septembre de l'année courante, il y aura à Milan les Congrès internationaux d'Ophthalmologie et d'Otologie, et à Turin le Congrès international d'Hygiène.

Il est évident que pour la Laryngologie un Congrès international serait aussi d'une grande utilité.

A cette époque il y aura certainement en Italie un grand concours de médecins; plusieurs Otojatres sont aussi spécialistes des maladies de la gorge; on a l'habitude en Médicine de faire un groupe spécial de l'Ophthalmologie, de l'Otologie et de la Laryngologie; toutes ces circonstances rendent à notre avis l'occasion propice pour instituer à Milan, en même temps que des Congrès d'Ophthalmologie et d'Otologie, un 1.ier Congrès International de Laryngologie.

Sachant que vous cultivez avec distinction l'étude de la Laryngologie, nous vous adressons la présente afin que vous nous informiez si vous adhérez à notre proposition, et si l'on peut aussi espérer sur votre intervention personnelle.

Si par les réponses que nous recevrons des Collègues spécialistes pour les maladies de la gorge (au nombre environ de 200) auxquels nous avons envoyé cette circulaire, on peut déduire la probabilité de la réalisation de ce projet, nous vous en donnerons avis immédiatement et nous vous prierons de nous indiquer

si vous avez des travaux ou des questions à présenter afin de pouvoir former un Programme du Congrès.

Espérant votre prompte réponse, nous vous prions d'agréer, très-honoré Confrère, l'assurance de notre haute considération.

D.r Labus.

La proposition de M. le Dr. Labus fut accueillie avec enthousiasme de sorte qu'il en a conclu que le projet aurait eu une bonne réussite.

Alors M. Labus a cru nécéssaire de former un Comité promoteur du Congrès et choisît parmi ceux qui avaient fait adhésion au projet les illustrations de la spécialité laryngoyatrique dans les differentes nations; telles que M. Elsberg de New York, M. Krishaber de Paris et M. Stoerk de Vienne. M. Frua de Milan fut chargé de remplir les fonctions de secrétaire.

En rapport avec les Comités ordinateurs des Congrès Ophthalmogique et Otologique pour faire coincider l'époque du Congrès Laryngologique avec la leur; d'accord avec la Municipalité laquelle gracieusement s'empressa d'accorder un local pubblic pour les séances et pour le bureau de la Présidence; en possession de nombreuses promesses d'intervention et de contributions scientifiques, ce Comité constitua le Règlement provisoire du Congrès et le programme ci-dessous qu'il envoya aux Confrères avec la circulaire suivante:

Milan, le 1.ier *Juillet* 1880.

Très honoré Confrère

La Spécialité laryngoïatrique n'est plus une vaine illusion de quelques enthousiastes; c'est un fait.

Ce fait est prouvé par le nombre toujours croissant de ceux qui cultivent cette branche de la science; par les savants traités et les importantes monographies dont elle s'enrichit chaque jour; par la place qu'on lui donne dans les journaux scientifiques, par la publication de journaux qui s'en occupent d'une manière exclusive; par l'institution de dispensaires publics, de compartiments dans les hôpitaux, de cliniques, d'hôpitaux spéciaux, de cours universitaires; par la formation d'associations laryngologiques; par la destination dans des Congrès de Médecine d'une Section distincte pour la Laryngologie.

Le moment est donc venu où l'on a cru opportun de former un 1.ier Congrès international de Laryngologie dans le but d'arriver à un meilleur développement de cette partie de la science médicale, et d'affirmer solennellement son utilité, son importance égale à celle des autres spécialités désormais reconnues et dont la Médecine moderne est heureuse d'être enrichie.

En présence de l'accueil favorable qu'a rencontré en général le projet d'un tel Congrès, formé par le Dr. Labus, et communiqué au moyen de sa circulaire du 30 mars dernier, les soussignés se sont réunis en Comité promoteur pour l'organisation d'un 1.ier Congrès international de Laryngologie devant se tenir à Milan, dans les premiers jours de septembre prochain, époque à laquelle on doit ouvrir dans cette ville, outre le Congrès international d'Ophthalmologie,

le Congrès international d'Otologie, spécialité qui a plusieurs points de contact avec la Laryngologie et qui est également cultivée par divers de nos Collègues.

Déjà en possession de nombreuses promesses, non seulement de simple adhésion, mais d'intervention personnelle et de contribution scientifique, nous avons la ferme confiance que ce 1.ier Congrès international, vu le nombre et l'autorité de ses membres, l'importance des travaux présentés et des discussions qui en seront la conséquence, apportera à la Laryngologie, à laquelle nous avons consacré toutes nos forces, cette utilité efficace que nous lui désirons si profondément.

Persuadés que vous voudrez bien contribuer à la réussite de ce Congrès, nous nous faisons un devoir de vous en envoyer le Programme.

Veuillez agréer, très honoré Confrère, l'assurance de notre parfaite considération.

Le Comité Promoteur :

C. Labus — L. Elsberg — M. Krishaber — C. Stoerk.

Secrétaire

I. Frua.

RÈGLEMENT PROVISOIRE

DU 1.ier CONGRÈS INTERNATIONAL DE LARYNGOLOGIE

qui se tiendra à Milan du 2 au 5 septembre 1880.

Art. 1.ier — Un Congrès international de Laryngologie aura lieu à Milan du 2 au 5 septembre 1880 : il se réunit par l'accord unanime de presque tous les Collègues spécialistes dans le but d'initier une série de semblables Congrès qui, secondant les progrès de la science laryngologique, puissent servir de centre aux Médecins qui la cultivent.

Art. 2. — Le nombre des Membres est illimité.

Art. 3. — Tous ceux qui ont un diplôme de Docteur en Médecine ou en Chirurgie et qui s'occupent de la Laryngologie pourront en être membres.

Art. 4. — Personne n'aura accès dans la salle s'il ne se trouve muni de la carte d'admission, laquelle sera envoyée à tous les Collègues qui ont déjà fait adhésion, ainsi qu'à tous ceux qui en feront la demande. Ceux à qui elle ne serait pas parvenue, par égarement de la Poste, pourront la retirer le matin même de l'ouverture du Congrès, au Bureau du Comité promoteur.

Art. 5. — Les séances se tiendront dans le Palais des Ecoles Publiques, rue Borgo Spesso N. 26, gracieusement accordé par la Municipalité pour la circonstance.

Art. 6. — La séance d'inauguration aura lieu le 2 septembre à midi, et les séances successives se tiendront les jours suivants à la même heure.

Art. 7. — Chaque membre devra s'inscrire, à l'entrée de la salle, sur la liste des Collègues intervenus.

Art. 8. — L'entrée aux séances sera libre même pour les Collègues non inscrits comme membres : le Congrès se trouvera honoré de leur présence, mais il ne pourra leur accorder la parole.

Art. 9. — La langue française est la langue adoptée pour les discussions: cependant les communications particulières pourront être faites dans d'autres langues.

Art. 10. — Les communications qui ne pourront être lues par leur auteur absent, le seront par des personnes déléguées par lui-même ou par le Bureau de la Présidence.

Art. 11. — Les manuscrits des ouvrages devront, après leur lecture, être remis aux secrétaires du Bureau pour la rédaction des comptes-rendus.

Art. 12. — Ceux qui auront des communications à présenter devront en avertir le Comité promoteur. Ceux qui n'auraient pu le faire pour des causes imprévues pourraient s'inscrire encore au Bureau de la Présidence jusqu'au matin du 4 septembre.

Pour le Comité Promoteur
C. Labus.

PROGRAMME.

Séance d'Inauguration

le 2 septembre 1880 à midi dans le Palais des Ecoles Publiques rue Borgo Spesso, N. 26.

Ouverture du Congrès par le Président du Comité promoteur.

Présentation d'un projet de Règlement du Congrès : discussion, approbation.

Nomination du Bureau définitif de la Présidence conformément à ce qui sera établi par le Règlement.

Communications de Messieurs :

Dr. Mandl *de Paris* — Sur la voix des Mammifères.

Dr. Fournié *de Paris* — De la voix Eunukoïde et de son traitement.

Dr. Ramon de la Sota *de Séville* — Action pathologique du tabac sur la gorge.

Dr. Heinze *de Leipzig* — Ueber eine seltene form von Larynxstenose.

Dr. Catti *de Fiume* — Ueber Anchylose in der Crico-aryt.-Gelenkeln und Paralyse der Musculi Crico-aryt. postici.

Nomination d'une Commission pour une nomenclature laryngologique.

Séance du 3 septembre

Communications de Messieurs :

Dr. Thaon *de Nice* — L'hystérie et le larynx.

Dr. Lennox Browne *de Londres* — On some objective evidences associated with the condition known as globus hystericus.

Dr. Massei *de Naples* — Comparaison entre le courant faradique et le continu dans les paralysies vocales.

Dr. Bristowe *de Londres* — On pressure on the trachea and recurrent laryngeal nerve and their effect.

Dr. Krishaber *de Paris* — Du spasme de la glotte dans l'ataxie locomotrice.

Dr. Masucci *de Naples* — Quelques considérations sur le spasme de la glotte chez les adultes.

Dr. Labus *de Milan* — De l'influence du relâchement de la luette sur la voix.

Dr. Rossbach *de Wurtzbourg* — Ueber percutane Kehlkopfoperationen.

Dr. Porter *de St. Louis N. America* — Excision of the Epiglottis :

a) Function of the Epiglottis.

b) Removal in certain form of disease : one case in illustration.

c) A short resumé of the literature of the subject.

Dr. Rossbach *de Wurtzbourg* — Ueber Anaesthesirung des Kehlkopfs.

Dr. Capart *de Bruxelles* — De l'hypertrophie des amygdales considérée surtout au point de vue du traitement.

Dr. Rumbold *de Saint Louis N. America* — La supériorité du *spray producer* pour faire des applications à la gorge et au pharynx.

Séance du 4 septembre.

Communications de Messieurs :

Dr. Zawerthal *de Rome* — Sulla rino-laringorrea cronica.

Dr. Schnitzler *de Vienne* — Ueber Kehlkopfschwindsucht.

Dr. Schmidt *de Francfort* — Weitere Beobachtungen über Behandlung der Kehlkopfschwindsucht.

Dr. Heinze *de Leipzig* — Ueber die combination von Syphilis und Tuberkulose des Kehlkopfs und der Lungen.

Dr. Ariza *de Madrid* — De la Phthisie laryngienne idiopathique et des signes objectifs qui la révèlent au Laryngoscope.

Dr. Lennox Browne *de Londres* — On buccal, lingual and pharyngeal tuberculosis.

Dr. Zawerthal *de Rome* — I caratteri clinico-anatomici della tubercolosi faringea.

Dr. Elsberg *de New York* — What is the experience of the practitioners present in relation to the frequency of occurrence and the treatment of erosion of the Epiglottis ?

Dr. Gouguenheim *de Paris* — Sur un point de la laryngite syphilitique secondaire.

Dr. Frua *de Milan* — A propos du traitement des plaques muqueuses du pharynx.

Dr. Lennox Browne *de Londres* — Three cases of Lupus of the Larynx.

Dr. Krishaber *de Paris* — Recherches expérimentales sur l'intensité de la voix.

Séance du 5 septembre et de clôture.

Communications de Messieurs :

Dr. Morra *de Naples* — Du Croup laryngien et de son identité avec la Diphthérite.

Dr. Sidlo *de Vienne* — Zur Behandlung der Rachen-Diphtheritis mit dem Messer.

Dr. Krishaber *de Paris* — De la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne.

Dr. Zawerthal *de Rome* — La tracheotomia nella difterite laringo-tracheale.

Dr. Massei *de Naples* — Contribution à l'étude des maladies du ventricule de Morgagni.

Dr. Cervesato *de Rovigo* — Delle cisti laringee.

Dr. Moure *de Bordeaux* — Etude sur les polypes kystiques du larynx et en particulier sur les kystes de l'Epiglotte.

Dr. Masucci *de Naples* — Douches nasales d'air comprimé simples et médicamenteuses d'après la méthode du Dr. Massei.

Dr. Rossbach *de Wurtzbourg* — Ueber Behandlung des Schnupfens.

Dr. Capart *de Bruxelles* — De l'influence exercée sur le larynx et la trachée par les affections des fosses nasales et de la cavité naso-pharyngienne.

Dr. Zawerthal *de Rome* — Sul trattamento delle vegetazioni adenoidi dello spazio naso-faringeo.

Dr. Koch *de Luxembourg* — Sur l'ignipuncture dans les affections des premières voies respiratoires.

Dr. Schmithuisen *d'Aix-la-Chapelle* — Wiederherstellung, vermittelst Rhinoscopie, einer Gesang-stimme nach zehnjährigen Verlust.

Dr. Moura *de Paris* — Statistique millimétrique des diverses parties de l'organe de la voix.

Dr. Schaeffer *de Breme* — Ein einfaches Laryngoscop.

Pour le Comité Promoteur
C. Labus.

A la suite de cet appel, qui fut reproduit non seulement par les journaux de la spécialité mais aussi par beaucoup de journaux de Médecine de tous les pays, d'autres Confrères encore firent connaître leur intention d'intervenir aussi au Congrès avec des communications; de manière qu'il fallut modifier le programme et augmenter le nombre des séances.

Enfin, pour affirmer la considération avec laquelle a été prise l'idée de ce premier Congrès international de Laryngologie et à solenniser son effectuation, on doit mentionner que: M. le Ministre de l'Instruction Publique de l'Italie à peine en eut connaissance s'empressa avec dépêche 6235, 16 août 1880, de faire part au Comité Promoteur qu'il se rendra à l'inauguration si toutefois à cette époque les affaires de son Ministère le lui permettront: que M. le Ministre de l'Intérieur de la Belgique, avec dépêche du 29 juillet 1880, donna avis que le Gouvernement Belge avait désigné M. le Dr. Capart de Bruxelles pour le représenter au Congrès: que l'Association Laryngologique Américaine dans son second Congrès annuel, tenu dans les jours 31 mai, 1 et 2 juin 1880, avait délibéré de charger MM. les Drs. Elsberg de New York, Seiler de Philadelphie et Hartman de Baltimore à la représenter; et finalement que la Société Italienne d'Hygiène donna communication avec lettre du 18 août 1880 n.° 164 d'avoir choisi M. le Dr. Labus de Milan pour son Représentant au Congrès.

LISTE DES MEMBRES DU CONGRÈS[1]

M. le Docteur * Raphael Ariza à Madrid.

» » * Alexandre Baréty à Nice.
» » Bruno Battaglia au Caire.
» » L. Bayer à Bruxelles.
» » * Octave Bellmunt à Gijon.
» » Oscar Beschorner à Dresde.
» » A. Biermann à San Remo.
» » * Emile Blanc à Lyon.
» » Jules Boeckel à Strasbourg.
» » Annibal Breccia à S. Casciano dei Bagni.
» » Achille Breda à Padoue.
» » John Syer Bristowe à Londres.
» » * Lennox Browne à Londres.
» » Wil. Brügelmann à Cologne.
» » Ernest Burow à Koenigsberg.

» » * Capart à Bruxelles.
» » * Azio Caselli à Reggio d'Emilia.
» » * Georges Catti à Fiume.
» » Ed. Cazenave de la Roche à Eaux-Bonnes.
» » * Dante Cervesato à Padoue.
» » J. Solis Cohen à Philadelphie.
» » Albert Cornilleau à Pontvallain.
» » Ephriam Cutter à Boston.

(1) Ceux qui sont intervenus personnellement ont leur nom précédé d'un astérisque.

M. le Docteur * Horace De Albertis à Gênes.
» » * Rodolphe Del Castillo à Cordoue.
» » * Ramon De la Sota à Séville.

» » * Louis Elsberg à New York.

» » Charles Fauvel à Paris.
» » Frédéric Fieber à Vienne.
» » David Foulis à Glascow.
» » * Édouard Fournié à Paris.
» » Eugène Fraenkel à Hambourg.
» » B. Fraenkel à Berlin.
» » * Jean Frua à Milan.
» » Max Fürbringer à Amsterdam.

» » Frédéric Ganghofner à Prague.
» » James E. Garretson à Philadelphie.
» » Joseph Gentile à Naples.
» » Gerhardt à Wurtzbourg.
» » * J. Gottstein à Breslaw.
» » * A. Gouguenheim à Paris.
» » * Victor Grazzi à Florence.
» » H. Guinier à Cauterets.

» » * J. H. Hartman à Baltimore.
» » * Oscar Heinze à Leipzig.
» » Douglas Hemming à Londres.
» » * Théodore Hering à Varsovie.
» » Gordon Holmes à Londres.

» » E. Fletcher Ingals à Chicago.
» » Isenschmid à Munich.
» » Prosser James à Londres.
» » Samuel Johnston à Baltimore.
» » Jelenffy à Buda Pest.
» » * Antonin Joly à Lyon.
» » A. Jurasz à Heidelberg.

» » * Constantin Karwowski à Varsovie.
» » Keller à Cologne.
» » * Kleczkowski à Varsovie.

M. le Docteur Paul Koch à Luxembourg.
» » J. F. Knight à Boston.
» » Philippe Knoll à Prague.
» » * Maurice Krishaber à Paris.

» » * Charles Labus à Milan.
» » R. Lahillonne à Pau.
» » Victor Lange à Copenhague.
» » Georges M. Lefferts à New York.
» » Rufus Lincoln à New York.
» » * Llewelyn Thomas à Londres.
» » * Loewenberg à Paris.

» » Morell Mackenzie à Londres.
» » L. Mandl à Paris.
» » * Xavier Mané à Barcelone.
» » Fidèle Margary à Turin.
» » * Ferdinand Massei à Naples.
» » * Pierre Masucci à Naples.
» » K. Mermagen à Mannheim.
» » * Vincent Morra à Naples.
» » Charles Michel à Cologne.
» » Moura à Paris.
» » E. J. Moure à Bordeaux.

» » * G. Nager à Lucerne.
» » Emerich Navratil à Buda Pest.
» » * Victor Nicolai à Milan.
» » Emile Nicolas-Duranty à Marseille.

» » P. K. Pel à Amsterdam.
» » * J. F. Perkins à Baltimore.
» » Wm. Porter à Saint Louis.
» » * Ange Pulido à Madrid.

» » Charles Rauchfuss à St. Pétersbourg.
» » Bewerley Robinson à New York.
» » E. Rochelt à Méran.
» » * Michel Jos. Rossbach à Wurtzbourg.
» » * Joseph Ruggi à Bologne.
» » Hugues Rühle à Bonne.

M. le Docteur ANTOINE RÜHLMANN à St. Pétersbourg.
» » THOMAS F. RUMBOLD à Saint Louis.
» » A. RUPPANER à New York.

» » JAMES SAWYER à Birmingham.
» » MAX SCHAEFFER à Brême.
» » SCHIFFERS à Liége.
» » * MAURICE SCHMIDT à Francfort.
» » SCHMITHUISEN à Aix la Chapelle.
» » * JO. SCHNITZLER à Vienne.
» » LÉOPOLD SCHROETTER à Vienne.
» » MAX SCHULLER à Greifswald.
» » CHARLES SEILER à Philadelphie.
» » FÉLIX SEMON à Londres.
» » * R. HUNTER SEMPLE à Londres.
» » E. L. SHURLY à Detroit.
» » THOM. SIDLO à Vienne.
» » PHILIPPE SMYLY à Dublin.
» » A. STEFFEN à Stettin.
» » * CHARLES STOERK à Vienne.

» » BERNARD TAUBER à Cincinnati.
» » * LOUIS THÀON à Nice.

» » * AUGUSTE URBINO à Florence.

» » LOUIS VACHER à Collo.
» » RODOLPHE VOLTOLINI à Breslaw.

» » CLINTON WAGNER à New York.
» » EDWARD WOAKES à Londres.

» » * WLADIMIRE ZAWERTHAL à Rome.
» » ZIEM à Dantzik.

SÉANCE D'INAUGURATION

La séance est ouverte à midi du 2 septembre 1880 dans une des salles de l'Ecole Publique de la Rue Borgo Spesso.

La Salle est au complet par les Membres du Congrès et par un nombre considérable de Confrères invités. Interviennent M. le Comm. Basile, Préfet de la Province, M. le Comte Belinzaghi Maire de la ville, et M. le Chev. Labus premier Adjoint, qui occupent la place d'honneur :

A leur côté siège le Comité promoteur et le Président M. le Dr. Labus prononce les paroles suivantes :

Messieurs et très honorés Confrères,

Devant un auditoire aussi imposant par sa valeur j'éprouve une émotion pleine de respect.

Permettez-moi d'abord de vous dire que je suis honoré de vous donner la bienvenue — Permettez-moi encore de vous exprimer mes sentiments personnels de reconnaissance pour l'accueil favorable que vous avez fait à mon projet de vous réunir ici pour notre premier Congrès international, et je crois d'interpréter aussi les sentiments de l'Italie entière et de Milan en particulier en vous remerciant de l'insigne honneur que vous leur faites — Je suis heureux encore de vous annoncer qu'à cette fête scientifique le Ministre de l'Intérieur de la Belgique a envoyé en qualité de Représentant du gouvernement M. le Dr. Capart de Bruxelles; que l'Association Laryngologique Américaine a délégué à la représenter MM. les Docteurs Elsberg de New-York, Seiler de Philadelphie et Hartman de Baltimore, que la Societé Italienne d'Hygiène a voulu aussi être représentée à ce Congrès et qu'enfin une soixantaine et plus de nos Confrères empêchés d'intervenir s'associent en esprit à ce Congrès et lui souhaitent la meilleure réussite.

Très honorés Confrères.

A mesure que ce Congrès se formait et se développait, j'ai senti ma tâche s'agrandir, et j'ai compris mon insuffisance à vous parler de notre œuvre, à vous Messieurs, desquels vont jaillir de si vives lumières.

Ce qui m'a encouragé jusque à présent, c'était le valide appui prêté par

vous et par les très savants Confrères qui siégent à mes côtés; ce qui me soutient aujord'hui c'est lo sentiment qui vous guide et vous conduit ici qui est uniquo pour tous, et c'est chose vraiment solennelle que de voir des hommes d'élite inspirés par les mêmes sentiments de confraternité, guidés par les mêmes aspirations accourir de toutes les parties du monde civilisé pour apporter le tribut de leur savoir, de leur expérience à la branche de la science à laquelle ils se sont dédiés.

Messieurs: Si, notre branche scientifique a pu, dans une seule vingtaine d'années depuis sa naissance, conquérir la place qui lui appartient par vos travaux isolés, certainement de notre travail réuni en dérivera de nouveaux progrès et on s'approchera de cette perfection qui est le but de la vraie science, et la science pourra nous dire d'avoir bien mérité d'elle.

Notre programme de travail imposant par la richesse du matériel scientifique qu'en si peu de temps, quatre mois seulement, vous vous êtes empressés d'offrir, est la preuve irréfragable de la fertilité de notre terrain et de l'ardeur de ses travailleurs. A l'œuvre donc sans crainte, car dans les luttes de la science il n'y a ni honte éternelle pour les vaincus ni trophée sanglant pour les vainqueurs: chacun triomphe et conquiert l'estime de tous. Oui, l'on triomphe lorsque, en corrigeant nos erreurs, en amplifiant le cadre de nos connaissances nous arrivons à arracher à la nature quelque secret.

Très honorés Confrères.

Ce qui rend notre spécialité importante et belle sous le rapport de la science et de l'art c'est ce cachet d'exactitude qui est sa caractéristique: ce qui nous a valu d'être si rapidement reconnus et respectés dans la science c'est de s'être appuyés sur les faits. Et bien! que notre divise soit ici aujourd'hui comme toujours — peu de paroles, beaucoup de faits.

Ces paroles sont couvertes d'applaudissement.

En se retirant les Autorités de la Ville souhaitent que cette entreprise donne ses meilleurs résultats pour la science et pour l'humanité. M. Labus au nom des Membres du Congrès présente ses remerciments pour l'honneur de l'intervention.

Ensuite on ouvre à la discussion le suivant projet de règlement.

RÈGLEMENT.

Art. 1. *Le but du Congrès périodique international de Laryngologie est de seconder les progrès de la science laryngologique et de servir de centre aux médecins qui la cultivent.*

Art. 2. *Le nombre des Membres est illimité.*

Art. 3. *Tous ceux qui ont un diplôme de Docteur en Médecine ou en Chirurgie et qui s'occupent de la Laryngologie pourront en être membres.*

Art. 4. *Les candidats sont admis sur la présentation de leur diplôme ou de leur titres scientifiques, à moins que dix membres ne réclament le scrutin secret sur leur admission.*

Ces quatre articles sont approuvés sans discussion.

Art. 5. Les sessions du Congrès auront lieu tous les quatre ans et seront d'une durée de 4 jours.

M. Krishaber propose de tenir un Congrès de Laryngologie tous les ans ; il croit qu'une période de 4 ans d'attente est trop longue et qu'il faut confirmer l'importance d'une spécialité nouvelle avec la fréquence des réunions ; il pense que les travaux ne manqueront pas à l'occasion et après tout si un Congrès annuel semble de trop il faudra au moins fixer un intervalle de 2 ans.

M. Schnitzler appuye la proposition de M. Krishaber admettant la nécéssité de la fréquence des sessions et après quelques observations de M. Fournié et M. Massei l'article est formulé en ces termes :

Art. 5. *Les sessions du Congrès auront lieu tous les deux ans et seront d'une durée de quatre jours.*

Art. 6. *Le siége de la réunion change à chaque session.*

Art. 7. *Avant de clore une session le Congrès fixe le siége de la prochaine réunion et nomme au dit siége un Comité provisoire investi d'un pouvoir souverain pour la direction des affaires et la centralisation administrative. Ce pouvoir expirera après l'ouverture de la session suivante.*

Art. 8. *Le Bureau est composé d'un Président, de trois Vice-Présidents, d'un Secrétaire trésorier, qui remplit en même temps les fonctions d'archiviste, et de deux Secrétaires adjoints. Le secrétaire doit habiter la ville où aura lieu la réunion du Congrès. Chaque secrétaire doit connaître, différemment l'un de l'autre, une autre langue outre la langue française.*

Tous ces articles sont approuvés sans discussion.

Art. 9. La langue française est la langue adoptée pour les discussions cependant les communications particulières pourront être faites dans d'autres langues.

M. Schnitzler observe que dans un Congrès international on doit permettre que non seulement pour les communications mais aussi pour les discussions l'on puisse employer le langage propre de l'orateur ; cette proposition contrastée d'abord finit par être admise et l'article est modifié de cette manière :

Art. 9. *La langue française est la langue officielle pour les discussions: le Président pourra cependant accorder à l'orateur, qui le préfèrera, de s'exprimer dans sa propre langue: les communications pourront être faites dans d'autres langues.*

Art. 10. *Toute communication doit être originale.*

Art. 11. *Les manuscrits des ouvrages devront après leur lecture, être remis aux Secrétaires du Bureau pour la rédaction des comptes-rendus.*

Art. 12. *L'entrée aux séances est libre même pour les Collègues non inscrits comme membres: le Congrès se trouvera honoré de leur présence, mais il ne pourra leur accorder la parole.*

Art. 13. *Le Président dirige les débats et maintient l'ordre pendant les séances Avec le concours du bureau il règle les heures des séances, fixe l'ordre du jour et nomme les commissions. Le procès verbal et les décisions du Congrès ne sont signés que par le Président et le Secrétaire.*

Art. 14. *Le Secrétaire rédige les procès verbaux et la correspondance, en donne lecture, distribue les cartes et reçoit la cotisation qui sera fixée à 10 francs pour chaque session. La cotisation est également due par MM. les membres adhérents qui n'ont pas assisté à la session en échange d'un exemplaire du compte-rendu qui leur sera adressé d'office.*

Art. 15. *Le Congrès ne délivre pas de diplômes. Avant l'ouverture de chaque*

session, une carte valable pour la durée de celle-ci et signée par le Président et le Secrétaire, est remise aux Membres contre payement de la cotisation et signature sur le registre de présence.

Tous ces articles sont approuvés sans discussion.

Art. 16. Le Congrès ne forme point de collections ni de bibliothèque. Tous les objets qui lui ont été présentés par les membres rentrent en leur possession à la fin de la session. En sont exceptés les mémoires et les observations destinés à être insérés dans les comptes-rendus des sessions.

M. Grazzi propose la modification suivante qui est adoptée.

Art. 16. *Le Congrès ne forme point de collections ni de bibliothèque. Tous les ouvrages et les appareils, à moins d'être redemandés par le présentateur, seront après la session consignés à la bibliothèque de l'Hôpital de la Ville où a eu lieu le Congrès. Les mémoires et les observations destinés à être insérés dans les comptes-rendus des sessions en sont exceptés.*

Art. 17. *Les Archives et la Caisse sont confiées à la garde du secrétaire qui à la fin de chaque session les transmet au secrétaire de la prochaine réunion.*

Art. 18. *Un exemplaire des procès-verbaux imprimés et des autres pubblications du Congrès est envoyé à chaque membre.*

Art. 19. *Les décisions du Congrès sont prises à la majorité et par assise et levée, à moins que le scrutin secret ne soit réclamé par dix membres.*

Art. 20. *Les décisions régulièrement prises pendant une séance deviennent obligatoires pour tous les membres présents ou absents à la délibération.*

Art. 21. *Les travaux de chaque séance auront lieu dans l'ordre suivant :*

I. *Lecture par le Secrétaire du procès verbal de la séance précédente.*

II. *Présentations des ouvrages offerts.*

III. *Lecture de la correspondance.*

IV. *Lecture des rapports présentés et nomination des commissions.*

V. *Communications verbales.*

VI. *Lecture des travaux écrits.*

VII. *Fixation de l'ordre du jour pour la prochaine séance. Cet ordre du jour est affiché dans la salle en plusieurs exemplaires par les soins du bureau.*

Art. 22. *Les communications ne devront pas durer plus d'un quart d'heure et la parole n'est accordée dans les discussions à chaque orateur que pour cinq minutes sauf les cas particuliers où, l'assemblée consultée, croira devoir en prolonger la durée.*

Art. 23. *Les mémoires envoyés par les Confrères seront délégués à des membres du Congrès pour en faire le rapport.*

Tous ces articles sont aussi approuvés sans discussion.

Art. 24. Le Congrès décide dans chaque cas si les communications seront imprimées dans les comptes-rendus en totalité ou par extrait.

MM. Stoerk, Fournié, Gouguenheim, Krishaber, admettent la nécessité de publier les travaux *in extenso*. Ce dernier voudrait que pour les travaux d'extension extraordinaire l'auteur soit obligé de rembourser la dépense en plus de la cotisation fixée. M. Gouguenheim observe qu'ordinairement les travaux qu'on présente à un Congrès ont, par leur nature même et par leur forme, une extension qui ne peut empêcher leur publication en totalité dans les comptes-rendus.

A la suite de ces discussions ce dernier article est modifié en ces termes :

Art. 24. *Un Comité souverain de publicité décidera dans chaque cas si les communications seront imprimées dans les comptes-rendus et dans quel limite.*

La discussion du Règlement achevée, le Président du Comité promoteur invite selon l'ordre du jour les membres du Congrès à nommer le Bureau définitif de la Présidence.

M. Schnitzler prend la parole en ces termes:

Messieurs et très honorés Confrères. Vous venez d'entendre que nous devons passer maintenant à la constitution du Bureau avant de commencer nos travaux. Il s'agit avant tout du choix du Président. Je propose pour cette place d'honneur notre estimé Confrère M. le Dr. Labus qui s'est donné tant de peine pour fonder le premier Congrès international de Laryngologie et auquel nous devons en premier lieu être reconnaissants si le Congrès sera utile à notre spécialité et à nous tous; chose de laquelle du reste l'on ne peut plus douter aujourd'hui. Je vous prie donc d'élire par acclamation à Président de notre premier Congrès laryngologique M. le Dr. Labus. (Vives et unanimes approbations).

M. Massei propose alors que MM. Elsberg, Krishaber et Stoerk soient maintenus de même par acclamation à l'honneur de la Vice-Présidence.

La nomination des susdits Messieurs à Vice-Présidents auxquels on ajoute M. Ariza est aussi approuvée unanimement.

M. Frua, déjà Secrétaire du Comité promoteur, est réélu et MM. Urbino et Zawerthal sont nommés secrétaires adjointes

En prenant possession du fauteuil de la Présidence, M. Labus s'exprime ainsi:

Très honorés Confrères. Je vous remercie de l'insigne honneur que vous m'avez conféré. La tâche que j'ai à remplir est au dessus de mes forces, mais j'espère que votre bienveillante indulgence m'en facilitera l'accomplissement. Messieurs, je déclare ouverte la première session du Congrès Laryngologique.

La parole est donnée à M. Fournié qui expose sa communication sur la *Voix Eunuhoïde, sa pathogénie, son traitement.*

Avant d'aborder le sujet de ma communication, permettez-moi, Messieurs, de rappeler, en quelques mots, les conditions de la formation des sons de la voix. Cela me paraît d'ailleurs indispensable pour bien établir les caractères de la voix *eunuhoïde.*

Physiologie de la voix. — Le temps n'est pas éloigné de nous où le nombre des théories de la voix indiquait suffisamment par lui-même que la vérité sur ce point était encore à trouver. La théorie de Müller, d'après laquelle les sons de la voix se produisent selon un mécanisme analogue à celui des anches membraneuses, était celle qui se rapprochait le plus de la vérité, mais il lui manquait la connaissance du fait le plus essentiel, c'est-à-dire la connaissance du véritable corps sonore. Müller, en effet, croyait que les rubans vocaux vibrent dans leur totalité et il rendait ainsi sa théorie inacceptable.

En 1864, frappé de cette lacune dans l'état de nos connaissances et fort

heureusement secondé par l'emploi du laryngoscope, je commençai par rechercher méthodiquement le corps qui fournit exclusivement les vibrations caractéristiques des sons de la voix. Après quelques recherches, je découvris que ce corps est constitué par le repli muqueux qui se détache des bords des rubans vocaux sous l'influence du passage de l'air quand ces derniers sont rapprochés. Pour s'assurer du fait on n'a qu'à prendre un larynx de cadavre, et à souffler à travers la glotte au moyen d'un tube de caoutchouc, après en avoir rapproché les bords. Dans ces conditions, le larynx sonne très-bien, mais si vous enlevez le repli muqueux qui borde les rubans vocaux, vous ne pouvez plus en tirer aucun son. C'est donc ce repli muqueux et non les rubans dans leur totalité, qui fournit les vibrations sonores et l'on s'explique ainsi l'influence que les causes les plus légères exercent sur l'intégrité de la voix (refroidissement, inspiration de poudres irritantes, traumatisme léger, etc.).

Le véritable corps sonore étant trouvé, on devine aisément à quel genre d'instruments on doit comparer le larynx humain. Celui-ci doit être assimilé à une anche membraneuse et le son est produit par les vibrations des bords de cette anche. Voilà pour le son.

Restait à résoudre l'important problème de la production des tons. Comment le larynx humain produit-il les tons renfermés entre deux ou trois octaves?

Partant de ce principe que les anches membraneuses ne peuvent modifier leur ton que par deux procédés: 1° par la tension de l'anche; 2° par la diminution ou l'augmentation de l'ouverture dans le sens de la longueur, j'appliquai successivement chacun de ces procédés pour obtenir des tons différents sur un larynx de cadavre. La tension en longueur est facile à réaliser, vous le savez, en inclinant le thyroïde en avant et en agissant sur les muscles crico-aryténoïdiens postérieurs. Quant à la diminution de la longueur de l'anche qui, dans l'état physiologique, est produite par le gonflement des thyro-aryténoïdiens et par la contraction des crico-aryténoïdiens latéraux, je l'obtenais en pressant sur les muscles thyro-aryténoïdiens après avoir pratiqué une ouverture sur les lames du thyroïde.

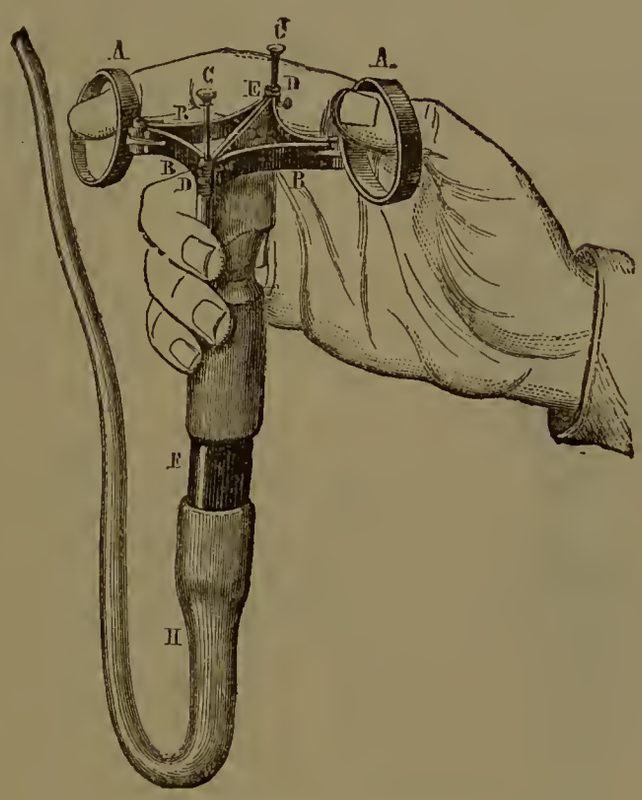
Dans une première expérience ces deux procédés furent employés isolément; mais je n'obtins avec chacun d'eux que quatre à cinq notes.

Dans une seconde expérience je combinai les deux procédés de manière à modifier l'anche par un peu de tension et par un peu de raccourcissement pour chaque note que je voulais produire. Par ce moyen j'obtins tous les effets désirables, c'est-à-dire, toutes les notes du registre de la voix humaine. Tension dans le sens de la longueur et occlusion progressive de la glotte, tel est, Messieurs, le procédé ingénieux et simple jusqu'au sublime au moyen duquel le larynx humain, avec des proportions si réduites et une structure si peu compliquée, se montre le roi des instruments par la richesse et le nombre de ses effets.

Afin de rendre sensibles à la vue les actions dont nous venons de parler, nous avons imaginé une anche de caoutchouc dont nous modifions la dimension en longueur ainsi que la tension, par la simple pression des doigts sur deux ressorts. C'est ce que nous appelons le *larynx artificiel*, car cet instrument est la reproduction exacte des actions laryngiennes dans la production des sons et des tons.

La vérité physiologique est toujours féconde en applications; aussi les conséquences qui découlent de cette théorie sont nombreuses et nous avons élu-

cidé avec elle la plupart des questions qui concernent la physiologie normale et pathologique de l'organe de la voix : registres de la voix, voix mixte, voix de poitrine, voix de fausset, timbre, volume de la voix, nasonnement, nasillement, ventriloquie, voix selon les âges, selon les sexes, selon les individus, la mue. Tous ces résultats sont consignés dans notre *Physiologie de la voix et de la parole.*



LÉGENDE DU LARYNX ARTIFICIEL (1)

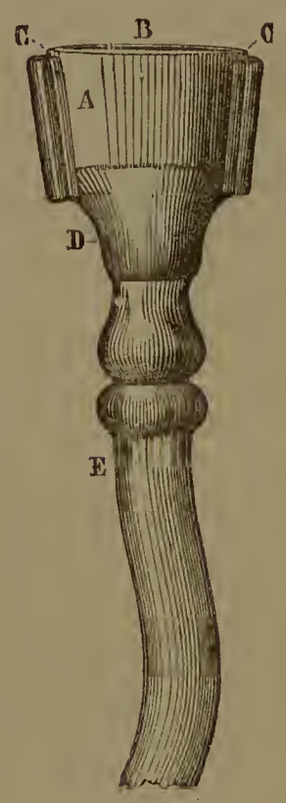
A,A. Anneaux au moyen desquels on exerce la pression.
B,B. Ressorts.
C,C. Tiges d'acier passant dans les coulisses de l'anche.
B,D. Articulation mobile des ressorts avec la tige.
E. Tube métallique.
H. Tube de caoutchouc.
X. Anche de caoutchouc.

Nous nous bornerons à dire ici en quoi consiste la *voix de poitrine,* la *voix mixte* et la *voix de fausset,* cela nous paraissant indispensable pour bien faire comprendre les conditions de la *voix cunuhoïde.*

Voix de poitrine. — Cette voix est caractérisée par l'énergie, la plénitude et le volume des sons. Or, quelles sont les conditions que doit réunir une anche membraneuse pour produire ces résultats ? Elle doit, pour chaque note, être tendue et ouverte dans des proportions telles que chaque procédé, tension ou occlusion, donne, employé séparément, le plus d'effets sonores possibles. En effet, il est facile de prouver avec nos anches, que la même note est plus ou

(1) Les anches de caoutchouc ont été fabriquées par M. Galante, et l'instrument a été agencé par M. Bréguet.

moins forte, plus ou moins pleine si, pour la produire, on emploie simultanément la tension et l'occlusion ou bien la tension et l'occlusion séparées. Je donne un *la* par exemple, en combinant un certain degré d'ouverture de l'anche et une certaine tension. La note ainsi obtenue est pleine, forte, c'est une *note de poitrine*. Si, à présent, je produis la même note en n'employant que la tension, sans me préoccuper de la longueur de l'ouverture de l'anche, j'obtiens un son maigre, tendu, aussi élevé comme ton que le précédent mais moins fort, moins plein, moins volumineux ; c'est une note de *voix mixte*. Enfin si, sans me préoccuper de la tension de l'anche je me borne, pour produire la même note, le *la*, à diminuer la longueur de l'anche, j'obtiens un son moins tendu, plus doux c'est une *note de fausset*.



NOUVELLE ANCHE MEMBRANEUSE

A. Lames de caoutchouc.
B. Ouverture de l'anche.
C. Partie vibrante.
D. Tube de caoutchouc.
E. Tuyau porte-vent.

Ce que nous réalisons ici avec cette anche de caoutchouc est l'image de ce qui se passe dans le larynx pour la production de la voix de poitrine, de la voix mixte et de la voix de fausset. Ces diverses voix dépendent, la première de l'emploi combiné des deux procédés capables de faire varier le ton, la seconde et la troisième de l'emploi isolé de chacun de ces procédés, c'est-à-dire de la tension ou de l'occlusion.

Nous sommes désormais en mesure de poser scientifiquement les caractères de la voix eunukoïde.

Voix eunukoïde. — Nous donnons le nom de *voix eunukoïde* à ces sortes de voix assez fréquentes qui se font remarquer par un diapason beaucoup plus élevé que ne le comportent la stature, l'âge et le sexe des individus qui en sont affligés. Généralement, le diapason est plus élevé d'une octave.

Pour plus de précision, nous ajouterons que nous ne confondons pas avec cette voix la voix douce, flûtée, dont le diapason est élevé seulement de deux ou trois notes au-dessus du diapason ordinaire de la voix. Cette voix, assez rare, et dont les *tenorini* présentent le type, est produite par un larynx normal, mais dont les proportions atténuées se rapprochent de celles du larynx de la femme. Cette voix est, généralement, un avantage pour ceux qui la portent, et, dans tous les cas, le médecin n'a pas à s'en préoccuper.

Il n'en est pas de même de la voix eunukoïde, qui constitue une infirmité préjudiciable aux individus, infirmité parfaitement curable, et dont il est bon d'établir, par conséquent, la physiologie pathologique et le traitement.

A cet effet, nous examinerons successivement les conditions anatomo-physiologiques, la pathogénie et le traitement de la voix eunukoïde.

A. *Conditions anatomo-physiologiques.* — En général, le larynx de la voix eunukoïde ne présente rien de particulier dans sa conformation extérieure : il est justement proportionné à l'âge et à la taille de l'individu. Il en est de même de sa conformation intérieure ; et on peut s'assurer, avec le laryngoscope, que les rubans vocaux ne présentent ni altération ni modification anatomique d'aucun genre.

Cependant, si on fait émettre un son pendant que le miroir laryngien est au fond de la gorge, on remarque les particularités suivantes : tandis que, dans les conditions ordinaires, on voit, au moment de la production du son, les rubans vocaux se rapprocher l'un de l'autre, laissant entre eux un espace elliptique dans lequel le souffle devra passer, chez l'eunukoïde les rubans se rapprochent également, mais sans se toucher complètement en arrière, et circonscrivant, dès lors, au lieu d'un espace elliptique, un espace triangulaire en forme de V, dont le sommet est en avant. En même temps, on voit que les rubans sont très tendus d'arrière en avant, et que l'ensemble de l'organe se porte en haut et en arrière. En faisant émettre des tons plus élevés, la disposition que nous venons de signaler reste la même, avec cette seule différence qu'il y a un peu plus de tension, et que l'ouverture du V diminue en arrière.

Si l'on veut bien se rappeler que le larynx humain modifie les tons par deux procédés : la tension et l'occlusion de l'anche, on trouve facilement, d'après ce que nous venons de dire, la cause de la voix eunukoïde. Cette voix évidemment est produite par l'emploi isolé du procédé de la tension dans l'émission du son et dans ses modifications toniques.

Tel est le fait réel, tel qu'il résulte de l'observation exacte et bien des fois répétée, mais cela ne suffit pas. L'emploi exclusif du procédé de la tension ne nous dit pas pourquoi le son est émis à une octave au-dessus du diapason ordinaire de la voix. Nous répondrons à cette question en recherchant les conditions pathologiques de la voix eunukoïde.

B. *Pathogénie de la voix eunukoïde.* — D'après les renseignements que nous avons recueillis chez nos malades l'habitude de la voix eunukoïde remonte chez tous à l'époque de la mue de la voix. La plupart se rappellent qu'à cette période de la vie leur voix a été profondément altérée, qu'ils sont restés plus ou moins aphones pendant quelque temps, et que lorsqu'ils ont parlé de nouveau, ils l'ont fait avec la tonalité de la voix eunukoïde

Pour ceux qui ont étudié les modifications des rubans vocaux pendant la période de la mue, ces renseignements sont très éloquents. En effet, la période de la mue est caractérisée par le développement rapide de toutes les pièces

qui entrent dans la structure de l'organe de la voix. Or, ce développement ne se fait pas toujours sur un mode harmonique : certaines pièces se développent d'une manière trop prompte d'autres trop lentement. Ce défaut d'harmonie vient se refléter dans la configuration de la glotte par des formes que nous avons décrites dans notre *Physiologie de la voix et de la parole* et parmi lesquelles nous avons trouvé celle qui caractérise la voix eunukoïde : c'est la configuration de la glotte en forme de V. Cette configuration particulière tient à ce que l'agrandissement de la cavité laryngienne s'est produit d'une manière trop rapide et à ce point que les crico-aryténoïdiens latéraux et les thyro-aryténoïdiens sont impuissants à rapprocher les rubans en arrière Dans ces conditions, l'enfant ne peut émettre des sons de poitrine et il supplée à l'occlusion partielle de la glotte devenue impossible par une tension excessive des rubans. Voilà le point d'origine de l'habitude prise d'émettre les sons d'une certaine façon, de la façon eunukoïde. Quant au diapason élevé qui caractérise cette voix, on ne peut l'attribuer qu'à la persistance de la voix d'enfant, qui, soumise à l'influence exclusive du procédé de la tension n'a pu revêtir les caractères qu'elle emprunte à l'emploi combiné des autres procédés.

L'enfant a pris l'habitude d'émettre les sons par le seul effet de la tension des rubans et le diapason de sa voix n'a pas baissé parce que la tension, augmentant en proportion du développement des puissances musculaires, n'a pas cessé de produire les mêmes effets sonores malgré le développement des rubans dans le sens de la longueur.

Telle est, Messieurs, la genèse de la voix eunukoïde. S'il est vrai que *naturam morborum ostendunt curationes,* l'exactitude de notre manière de voir sera confirmée par la nature des moyens que nous employons pour corriger cette infirmité.

C. *Traitement de la voix eunukoïde.* — Partant de ce fait que la voix eunukoïde est le résultat d'une habitude prise dans la manière d'émettre les sons selon un certain procédé, nous n'avons pas hésité dans l'adoption des moyens de traitement : La gymnastique seule pouvait nous fournir ces moyens. Mais en quoi consiste cette gymnastique ? C'est ce que nous allons dire en quelques mots.

1° Nous faisons respirer méthodiquement, la bouche ouverte et aussi profondément que possible. Puis nous faisons succéder à cette respiration lente, silencieuse une respiration tout aussi lente, mais sonore pendant l'expiration. Ce son doit être produit sans contraction laryngienne appréciable ; le malade doit l'émettre avec le sentiment de la prostration, de la fatigue, du soupir. De cette façon, on obtient un son très bas. Ce résultat est assez difficile à obtenir, mais il est rare qu'après une gymnastique de deux ou trois jours, pendant 10 minutes chaque fois, on ne l'obtienne pas.

2° Lorsqu'on a obtenu l'expiration sonore dans les tons bas, on fait prononcer un mot syllabe par syllabe et chaque syllabe par un mouvement expiratoire, le même mouvement sonore dont nous parlions tout à l'heure.

3° Le malade étant parvenu à prononcer dans les tons bas et syllabe par syllabe un mot quelconque, on met un livre entre ses mains et on le fait lire dans les mêmes conditions, c'est-à-dire syllabe par syllabe, et chaque syllabe correspondant à une expiration sonore (ceci est très important).

4° Dès que le malade est arrivé à lire dans ces conditions, il devra, plusieurs fois par jour, s'exercer lui même à la lecture.

5° Pendant tout le temps de ce traitement, le malade devra s'abstenir de parler avec sa voix eunukoïde; son parler devra être syllabique et dans les tons bas comme pour la lecture. Pour réaliser cette condition, il trouvera un ami dévoué avec lequel il pourra parler dans les conditions voulues et qui au besoin le reprendra.

6° Généralement 15 à 20 jours de traitement suffisent pour faire perdre l'habitude de la voix eunukoïde et pour donner une voix conforme à l'âge et à la constitution des individus.

Ce mode de traitement appliqué aux treize personnes que nous avons soignées dans une période de quinze ans, nous a toujours réussi et nous ne doutons pas qu'il n'en soit de même toutes les fois qu'on voudra l'employer.

Le dernier malade que nous avons guéri est un habitant de Buenos-Ayres. M. Machin, haut de taille, corpulent, constitution athlétique, âgé de 26 ans, avait une voix qui contrastait singulièrement avec des dehors aussi favorables. Nous l'avons soigné au mois d'octobre dernier et ces jours-ci nous avons vu un de ses compatriotes qui nous a fait part de l'étonnement profond qu'avait causé M. Machin, lorsque de retour dans son pays il fit entendre sa belle voix de baryton.

Nous sommes heureux de pouvoir vulgariser par l'intermédiaire du Congrès des faits dont l'utilité pratique est évidente et qui intéressent la situation civile et professionnelle d'un assez grand nombre d'individus.

M. Krishaber observe que l'instrument présenté par M. Fournié ne reproduit pas exactement les conditions pathologiques du larynx. Il pense que l'intégrité de la muqueuse des cordes vocales n'est pas nécéssaire à la production de la voix: les rubans vocaux sans muqueuse peuvent toujours donner un son qui se réduit à un bruit. A ce propos il expose ses *recherches expérimentales sur l'intensité du son de la voix.*

Des nombreuses théories sur les causes physiques qui déterminent l'intensité du son de la voix, il en est deux qui ont survécu.

D'après l'une de ces théories le larynx étant assimilé à un instrument membraneux, les cordes vocales forment une anche dont les vibrations engendrent des sons faibles amplifiés par les organes sus-laryngés.

Dans l'autre théorie les seules vibrations primaires des cordes vocales elles-mêmes produisent des sons dont le timbre seul est modifié par les cavités sus-laryngées, qui forment en même temps porte-voix.

Les mémorables expériences de Ferrein sur le larynx détaché du corps, répétées depuis par Savart, Müller et un grand nombre de physiologistes modernes ont donné des résultats précieux, mais nullement concluants; il en a été de même des expériences sur des larynx artificiels.

Les expériences de Longet absolument concluantes en ce qui concerne la détermination du mode d'action de chacun des muscles du larynx, n'ont pas plus que les précédentes élucidé le point important de la physiologie du larynx qui se rapporte aux causes directes de la sonorité de la voix.

Quant à la division établie par Longet entre la glotte inter-aryténoïdienne respiratoire et la glotte interligamenteuse phonatrice, elle est justement aban-

donnée (toute exacte qu'elle soit comme division anatomique) par tous les observateurs modernes; on sait que les cordes vocales sont génératrices du son dans toute leur longueur.

Il est constant aussi que l'intensité du son est en relation directe avec la force d'expulsion de la colonne d'air expiré, cause déterminante de l'amplitude des vibrations des cordes vocales dont le degré de développement est un des éléments reconnus universellement de l'intensité de la voix. On n'en est pas moins demeuré dans l'incertitude sur ce point, à savoir si le son primaire produit par les cordes vocales peut être intense en lui-même ou bien s'il est constamment faible à son lieu de production, ne devenant sonore et puissant que par l'action de la caisse résonnante formée par les cavités sus-laryngées.

Il y avait donc lieu de répéter sur ce sujet et de varier les expériences, si nombreuses qu'elles fussent déjà; mais qui n'en ont pas moins laissé persister un doute sur un des points les plus importants de la physiologie de la voix.

J'avais d'abord choisi pour ces expériences des chiens et des lapins; mais j'ai dû renoncer à me servir de ces animaux auxquels il n'est pas aisé de faire produire des sons à volonté, et dont le larynx (surtout en ce qui concerne le lapin) est sensiblement différent de celui de l'homme.

Mes expériences furent alors établies sur des chats que l'on peut toujours faire crier à volonté et dont le larynx est pour ainsi dire identique au larynx humain.

Après avoir complètement anesthésié l'animal (dans une cloche en verre) je l'attache solidement sur le dos le cou étant au maximum d'extension. Une première incision divise la peau depuis l'hyoïde jusqu'au troisième anneau de la trachée; des incisions successives mettent ensuite à nu la totalité du larynx. L'épiglotte est dégagée et saisie par une érigne et la muqueuse pharyngo-laryngée est légèrement incisée de chaque côté. Sorti de sa loge naturelle, le larynx est doucement tiré au devant du cou, et la glotte est rendue accessible, au regard qui plonge d'en haut dans sa cavité. Je ménage soigneusement les nerfs laryngés supérieurs et inférieurs et l'organe vocal garde ainsi toute sa sensibilité et toute sa motilité. L'animal préparé de la sorte, je le laisse revenir du sommeil anesthésique; aussitôt réveillé, il essaie de se dégager des liens en poussant des cris. Si alors je viens à obturer avec un fort tampon d'ouate préparé d'avance, toute la cavité du pharynx, interceptant de la sorte le son engendré par les cordes vocales, je constate, que la voix de l'animal a perdu complètement tous ses caractères normaux de timbre et d'intensité. Il ne se produit qu'un bruit sourd très-faible, semblable au bruit anal. Il ressemble aussi au son produit au moyen d'un courant d'air sur le larynx d'un cadavre humain.

Si, après avoir retiré le tampon d'ouate, je replace le larynx dans sa situation normale, la voix reprend immédiatement, et malgré la mutilation, tous ses caractères normaux d'intensité et de timbre.

Variant ensuite ces expériences, j'ai maintenu le larynx en dehors de sa position normale tout en enlevant le tampon qui obturait le pharynx et dans ces dispositions les sons produits étaient assez intenses; mais leur timbre restait altéré. Il en a été de même lorsque le larynx mis en place et le pharynx étant dégagé, je venais à tamponner la cavité bucco-nasale, laissant seulement un petit orifice au libre écoulement de l'air expiré.

J'ai enlevé ensuite sur le larynx d'un chat l'épiglotte, les replis membraneux qui en partent et toute la portion du cartilage thyroïde avec les ventricules de Morgagni, de façon à ce que le son des cordes vocales ne puisse nullement être influencé par les ventricules. Le larynx ainsi préparé, j'ai répété les expériences que je viens de décrire. Cette dernière mutilation n'a porté aucune modification dans les résultats des premières expériences; d'où il suit que, sur les animaux qui m'ont servi, non seulement l'épiglotte et ses replis, mais aussi les ventricules de Morgagni ne modifient la voix ni dans son intensité, ni dans son timbre. Il en est certainement autrement dans les espèces animales qui ont des ventricules particulièrement développés; mais l'analogie entre le larynx du chat et de l'homme est si étroite qu'il est permis de dire que mes observations à ce sujet s'appliquent parfaitement à l'organe vocal de l'homme.

Dans une dernière série d'expériences, le larynx étant comme précédemment tiré au-devant du cou, j'ai placé au-dessus de l'organe des cylindres creux et j'ai constaté que leur présence renforçait singulièrement le son primaire des cordes vocales. On pouvait s'assurer en même temps, ce qui était facile à prévoir, que la hauteur du son était en relation avec les dimensions des cylindres. On parviendrait sans doute en graduant ces cylindres méthodiquement, à obtenir de véritables sons de valeur musicale, tandis qu'il n'en est pas de même des lèvres de la glotte réduites à elles-mêmes.

L'ensemble de mes expériences conduit aux conclusions suivantes :

1.° Les cordes vocales génératrices du son réduites à elles seules ne produisent que des bruits très-faibles dont la valeur musicale est difficile à déterminer.

2.° L'intensité de ces sons primaires des cordes vocales est puissamment renforcée par les cavités pharyngo-buccale et pharyngo-nasale qui forment caisse résonnante.

3.° Le vestibule et les ventricules du larynx sont sans influence sur l'intensité du son chez l'animal sur lequel j'ai expérimenté et dont le larynx présente une grande analogie avec celui de l'homme.

4.° La voix puise les caractères de timbre aux mêmes sources que ceux de l'intensité, avec cette différence toutefois que le timbre de la voix se trouve surtout déterminé par la cavité bucco-nasale et son intensité par la cavité pharyngée dont l'amplitude par conséquent est une des conditions les plus essentielles de la puissance de la voix.

M. Schnitzler demande la parole pour dire que la théorie de M. Fournié sur la formation de la voix est absolument différente de toutes les autres théories et qu'en Allemagne on a jamais cru à l'influence du repli muqueux qui se détache des bords des rubans dans la formation de la voix.

M. Krishaber profite de la circonstance pour demander à M. Fournié ce qu'il faut penser de la prétendue cavité close, dont on lui attribue la découverte et qui serait située sur les bords libres des cordes vocales.

M. Fournié répond en niant d'avoir affirmé qu'il y ait une cavité close sur le bord des rubans vocaux, ce qu'il prouvera dans la séance prochaine; et à

propos des recherches de M. Krishaber, il observe que l'influence du tuyau sonore se borne à modifier le timbre du son initial et à amplifier ce dernier, et que ces questions ont été dejà étudiées et résolues.

Le Président donne ensuite la parole à M. De la Sota qui lit son travail sur *l'action pathologique du tabac sur la gorge.*

Messieurs.

De tous les caprices que la mode a changé en nécéssités , il n'y en a pas de moins utile et de plus préjudiciable que l'habitude de fumer. Je ne veux pas m'occuper ici de toutes les maladies que l'usage du tabac peut occasioner dans l'économie humaine; mon intention est de décrire seulement les altérations qui se rencontrent dans la gorge des fumeurs selon les observations que j'ai faites plusieurs fois.

Mon attention s'est éveillée lorsque je les ai rencontrées chez mon fils. Au printemps de l'année 1873 il était âgé de 13 ans, et toutes les parties de sa gorge étaient si fraiches, si normales, et il avait une telle tolérance pour toutes sortes d'examens que je m'en servais pour le présenter comme modèle à ceux qui assistaient au cours de Laryngoscopie et Laryngologie que je donnais à cette époque à l'Ecole de Médecine et Chirurgie de Séville. Après deux ans, pendant lesquels il avait pris l'habitude de fumer, et malheureusement avec excès, un jour que je voulus le soumettre à l'examen laryngoscopique = afin qu'une malade, vu la facilité avec laquelle on le pratiquait et la presque absence de toute incomodité prît confiance = j'ai été étonné de l'état dans lequel je trouvai la gorge de mon fils. La muqueuse du voile du palais était rouge et légèrement tuméfiée; de nombreuses granulations de la grandeur d'une tête d'épingle y faisaient saillie; les bords libres des arcades et des piliers avaient une couleur brune plus marquée dans les parties inférieures; la luette était allongée, de couleur bleuâtre avec deux grosses granulations, l'une à la base et l'autre à la partie moyenne; des veines dilatées et flexueuses se dirigeaient d'une granulation à l'autre et serpentaient sur les arcades; les amygdales enflées avec les orifices des cryptes élargis et de la même couleur de la luette; la portion du pharynx visible à la dépression de la langue était le siége de granulations larges ovoïdes qui se distinguaient de la muqueuse, non seulement par leur proéminence, mais aussi par leur couleur plus foncée; les vaisseaux sanguins engorgés formaient un réseau à mailles très-marquées qui obligeaient à fixer l'attention. Des amas de mucosité épaisse et sale étaient adhérents à la partie supérieure du pharynx et à moitié cachés par les voiles du palais. L'épiglotte, les plis ary-épiglottiques, les éminences aryténoïdiennes et les fausses cordes vocales avaient une couleur rouge foncée, et l'on notait seulement en quelques points une légère tuméfaction. Les vraies cordes vocales paraissaient un peu arrondies et rougeâtres. Fait l'examen rhinoscopique, non sans quelque difficulté, j'ai vu que dans la voûte pharyngienne il existait les mêmes désordres que l'on rencontrait dans la paroi postérieure de cet organe.

A quelle cause pouvait on attribuer l'état de mon fils? Il s'agissait, Messieurs, d'un jeune homme bien développé relativement à son âge, et qui traversait l'époque de la puberté ce qui me laissait sans étonnement devant les

altérations de la voix qui s'observaient depuis quelque temps; d'un tempérament nerveux bilieux; qui n'avait jamais souffert que des maladies propres à l'enfance et d'une légère coxalgie gauche à la suite d'une chûte. La diathèse rhumatique prédomine dans la famille et aux différentes manifestations de celle-ci a succombé la plus grande partie de nos parents.

Le rhumatisme pouvait-il expliquer le désordre que je viens de décrire? Oui jusqu'à un certain point; cependant la granulation rhumatique pure n'a pas le caractère dont j'ai parlé; je l'ai vue constamment purpurine et petite à moins que la cause occasionnelle de son apparition fût l'habitude exagérée de fumer; les caractères de l'angine rhumatique se combinaient alors avec ceux de la nicotinique, et l'aspect de l'affection n'était pas le même que lorsqu'elle se montre indépendante l'une de l'autre. Il arrive dans ce cas la même chose que ce qu'on observe dans les affections de la peau: les formes herpetiques simples et syphilitiques simples sont bien différentes des éruptions herpeto-syphilitiques car, les caractères de l'une et de l'autre se présentent combinés ensemble. Pour ces raisons j'ai donc attribué l'affection de mon fils plus à l'abus du tabac qu'à un rhumatisme et je me suis proposé de fixer mon attention sur les altérations qui apparaissent dans la gorge des fumeurs.

Depuis lors j'ai vu bien des fois des altérations de la gorge auxquelles je n'ai pu assigner d'autre cause que le tabac, et dont on n'obtint la guérison qu'avec la défense absolue de fumer, conseillant de suivre les règles d'hygiène, et avec l'administration de quelques topiques plus ou moins actifs.

Les altérations auxquelles je me rapporte sont les suivantes:

1.° L'angine érythémateuse. La plus grande partie des personnes dans lesquelles je l'ai rencontrée étaient celles qui ne fumaient pas excessivement ou qui sans fumer restaient habituellement dans une atmosphère chargée de fumée de tabac. J'ai eu occasion de la rencontrer très-souvent chez plusieurs dames dont les pères, époux, fils et frères fumaient à chaque instant en leur présence, comme c'est l'usage en Espagne où l'on ne se prive du cigare ni à table, ni dans le salon, ni dans la chambre à coucher.

Cette altération se caractérise par une coloration rouge marquée de la muqueuse du palais, des piliers, des amygdales, de la paroi postérieure et de la voûte pharyngienne. La coloration ne s'étend pas uniformément sur toute la muqueuse mais forme des plaques de couleur plus ou moins marquée à contour irrégulier et de diamètre différent. La rougeur disparaît momentanément à la pression, elle n'est pas accompagnée de tuméfaction, ni de granulations, ni de vaisseaux dilatés; ne donne ni chaleur, ni cuisson, ni aucune incommodité dans la déglutition ou dérangement dans la phonation; seulement elle donne lieu à une sensation de sécheresse ennuyeuse dans le pharynx spécialement le matin en se réveillant. Les personnes qui en sont affectées ne consultent presque jamais le médecin pour les souffrances de leur gorge, mais cela arrive lorsqu'il s'agit de soigner d'autres maladies.

Dans les rares occasions où j'ai pu traiter convenablement l'angine érythémateuse nicotinique je suis arrivé à la faire disparaître avec facilité. L'hygiène, ne plus fumer et même ne pas permettre qu'on le fasse en présence du malade; quelques gargarismes réfrigérants suffirent pour obtenir la guérison en un ou deux mois.

2.° L'angine vésiculeuse. Je l'ai rencontrée chez ceux qui fument le vrai cigare et qui le mâchent en même temps. Son siége est la muqueuse du palais

et se caractérise par une coloration rouge brillante; sur la partie affectée, l'on voit éparpillées de nombreuses vésicules miliaires transparentes de consistance gommeuse ou gelatineuse; ces vésicules se conservent intactes pendant deux ou trois jours au bout desquels quelques unes se rompent et donnent lieu à une excoriation, d'autres se déssèchent et forment des taches blanches grisâtres. Cette forme d'angine nicotinique est accompagnée dans le début d'une sensation de chaleur, d'ardeur, et de cuisson lorsqu'il existe des excoriations, principalement quand on mange des aliments excitants ou que l'on prend des substances acides ou des liquides très-chauds ou très-froids , et chaque fois qu'on fume. Avec cette angine coexiste habituellement l'herpes des lèvres, des gencives, des joues et de la langue; le dos de celle-ci se présente couvert d'une couche blanche jaunâtre, ses bords et sa pointe sont rouges et ses papilles sont très relevées.

La durée de l'affection est d'une à deux semaines; à cette période les vésicules disparaissent et il ne reste plus que la coloration exagérée de la muqueuse. Mais si le patient continue de fumer également (et cela arrive lorsque le tabac n'occasionne aucune sensation douloureuse) le même procès pathologique se répète de nouveau, et de cette manière l'éruption de la muqueuse, buccale, dont quelques uns nient l'existence bien qu'elle se rencontre assez fréquemment, se prolonge par poussées successives.

Il est impossible d'obtenir la guérison si l'on ne renonce pas à l'usage du tabac; mais si le patient se résigne à cette privation et si on lui prescrit une diète convenable et quelques collutoires astringents la maladie disparait promptement. S'il était possible de poser sur la muqueuse du palais un morceau de pellicule de la coquille d'œuf, sans qu'il gêne ou qu'il se détache, comme on le fait pour les lèvres on obtiendrait la guérison lors même que le patient ne se départirait pas de son habitude exagérée de fumer.

3.° L'angine granuleuse. C'est la forme que M. Isambert assigne à l'angine nicotinique et que la plus grande partie des auteurs décrit comme dépendante du tabac.

On l'observe dans ceux qui ne quittent pas le cigare depuis leur réveil jusqu'à leur coucher.

Je l'ai vue chez plusieurs ouvrières de la fabrique de tabac de Séville qui vivent constamment dans une atmosphère saturée de poussière et d'émanations de cette plante, et aussi chez quelques uns parmi ceux qui prisent.

Cependant elle ne se manifeste pas de la même manière chez les fumeurs et chez les cigarières; dans ces dernières et dans ceux qui prisent, la muqueuse palatine se présente saine au moins dans la face antérieure du voile; la muqueuse de la voûte et de la paroi postérieure pharyngienne a une couleur rouge intense mais sans éclat et est légèrement tuméfiée et pliée dans le sens longitudinal, sèche, couverte de granulations pointues, de la grosseur d'une tête d'épingle avec des morceaux de mucosité épaisse et sale adhérents en différents points.

Chez quelques individus, la muqueuse de l'épiglotte et du larynx entier jusqu'aux cordes, est rouge et un peu tuméfiée, et les cordes ne se meuvent pas librement.

Les patients se plaignent d'une sensation de sécheresse constante dans la gorge et font des efforts pour se débarasser de la gêne qu'ils éprouvent, et leur voix est voilée et a peu d'étendue.

L'angine granuleuse des fumeurs se caractérise par la coloration rouge vif du voile, du pharynx et quelquefois aussi du larynx, par l'allongement œdémateux de la luette, par le relâchement des piliers, par la tuméfaction des amygdales dont les cryptes se montrent plus ouvertes, par des granulations petites et pointues au voile du palais; mais grosses, ovoïdes et de couleur rouge violâtre à la base de la luette, aux piliers et au pharynx; par la dilatation des veines qui serpentent et s'entrelacent principalement à la paroi postérieure du pharynx, et à la face supérieure de l'épiglotte et par quelques petites taches livides qui se présentent en certains points spécialement à la base de la luette et aux bords des piliers, ce qui selon moi dépend de véritables extravasations sanguines.

Quoique quelques uns affirment que le tabac produit une activité de sécrétion des glandules, je crois cependant que cela n'arrive que pour les glandes salivaires et chez ceux qui ne sont pas habitués à fumer; mais je soutiens le contraire pour les fumeurs et pour les glandules muqueuses; car dans cette forme d'angine comme dans celles que j'ai décrites, la surface de la muqueuse est plus ou moins sèche et la mucosité qu'on y observe est épaisse et glutineuse parce qu'elle contient peu d'eau et beaucoup de cellules épithéliales. La plus grande partie des malades n'accuse d'autre sensation que la sécheresse de la gorge; quelques uns parlent d'une gêne dans le larynx; plusieurs réfèrent la douleur à cet organe; tous sentent comme s'ils avaient des épines dans la gorge, leur voix est voilée, ils toussent de temps en temps et font continuellement des efforts pour se débarasser d'une incomodité qu'ils ne savent préciser.

L'angine granuleuse est la plus rebelle des angines nicotiniques, car elle est entêtée à disparaître et récidive promptement.

Les guérisons que j'ai pu obtenir sont rares, car ni les cigarières n'ont pu changer de travail ou le laisser pendant quelques temps, ni les fumeurs n'ont réussi à se priver de ce plaisir. Néanmoins j'ai vu disparaître la première forme chez deux ouvrières de la fabrique de tabac, et s'améliorer notablement chez quelques autres qui se sont abstenues du travail pendant plusieurs mois. De même quelques uns qui ont eu une suffisante force pour renoncer à l'habitude de fumer sont guéris, et j'ai observé une discrète amélioration chez ceux qui n'avaient pas fumé pendant qu'ils étaient souffrants pour d'autres maladies.

Le traitement qui m'a semblé le plus efficace pour les cigarières et pour ceux qui prisent a été le suivant: Abandon du tabac, prohibition de toute substance irritante, parler peu et à voix basse, renifler trois à quatre fois par jour de l'eau salée à la température de 37° et toucher les parties malades chaque trois jours avec un pinceau trempé dans une solution de bichromate de potasse.

Dans l'angine granuleuse des fumeurs je prescris les mêmes règles hygiéniques, je cautérise les principaux vaisseaux veineux avec la pierre infernale, je recommande de renifler l'eau salée et je fais sucer des pastilles de chlorate de potasse et de eucalyptus selon la formule de Lennox Browne.

Telles sont les souffrances, Messieurs, que le tabac à lui seul peut produire dans la gorge.

Je ne m'arrête pas à discuter si son action morbeuse est simplement locale, ou si avant la manifestation de celle-ci on vérifie une intoxication générale; je ne veux pas parler non plus de la manière d'agir sur le système ner-

veux dans laquelle on pourrait trouver peut-être une explication plus ou moins satisfaisante des phénomènes que j'ai décrits; ni même je ne veux m'occuper si le tabac produit tous ces fâcheux effets uniquement par sa propre acrimonie, ou si l'on doit en attribuer une partie à la chaleur développée par la combustion de cette substance.

Pour atteindre mon but il me suffit d'exposer les désordres occasionnés par le tabac; une fois ceux-ci connus, il n'y a rien de plus naturel que de penser qu'il doit augmenter ou empirer les maux qui existent déjà et qui dépendent d'autres différentes causes. Je défends le tabac dans toutes les affections de la bouche, des fosses nasales, de la gorge et des voies aériennes. Pour ne pas renoncer à l'habitude de fumer, les souffrances de la gorge, qui obtiendraient une prompte guérison sans cela, se prolongent indéfiniment, et certaines maladies à décours chronique et de longue durée s'exaspèrent et finissent avec la vie du malade dans un temps relativement court. J'ai trouvé des exemples de ces assertions dans les simples catarrhes chroniques du pharynx et du larynx, dans les catharres diathésiques, et dans les affections tuberculeuses du larynx et du poumon.

Veuillez me pardonner, Messieurs, d'avoir osé élever la voix devant vous, bien que dépourvu de toute recommandation scientifique; je l'ai fait pour correspondre dans la mesure de mes forces à l'aimable invitation du savant Professeur qui a conçu l'heureuse idée de réaliser ce Congrès.

M. Heinze fait une communication sur *une forme rare de sténose laryngienne.*

S., femme d'un fabricant d'instruments de Mühlhausen (Thür.), âgée de 51 ans, née de parents robustes, mariée à 25 ans, mère de 10 enfants, qui actuellement jouissent de bonne santé et dont l'âge est de 27 à 11 ans, eut à 18 ans une infection syphilitique; et elle passa 14 jours à l'hôpital d'Erfurt pour le traitement de la forme locale, qui consistait en des ulcérations aux parties génitales.

On ne peut déterminer, quand commença la maladie, dont il s'agit maintenant.

Il n'y a jamais eu de formes générales spécifiques, et le mari assure de n'avoir jamais été infecté.

Dans le février 1879 les enfants furent malades de diphthérie, et la mère à cette époque dit d'avoir observé sur elle-même les premiers symptômes de difficulté de déglutition, qui pourtant ne durèrent pas longtemps, et n'existent plus dans ce moment.

Elle avait cependant observé longtemps auparavant de la difficulté dans la respiration et du catarrhe. Les désordres respiratoires s'accrurent lentement, mais continuellement, et ce fut la raison, qui la détermina à consulter un médecin.

Etat actuel: Notre malade est une femme de taille moyenne, d'une discrète nutrition, de visage pâle, d'aspect cachéctique. Elle a les cheveux rares sur le crâne et quelques glandes cervicales grossies; la parole fort nasale, la voix profonde, tant soit peu fêlée et monotone, mais assez claire. On remarque 18 respirations, avec le caractère de sténose de degré moyen, qu'on entend mieux dans l'expiration, évidemment prolongée, comme aussi à la suite de mouvements brusques, après une quinte de toux, après l'inspection laryngoscopique, etc.

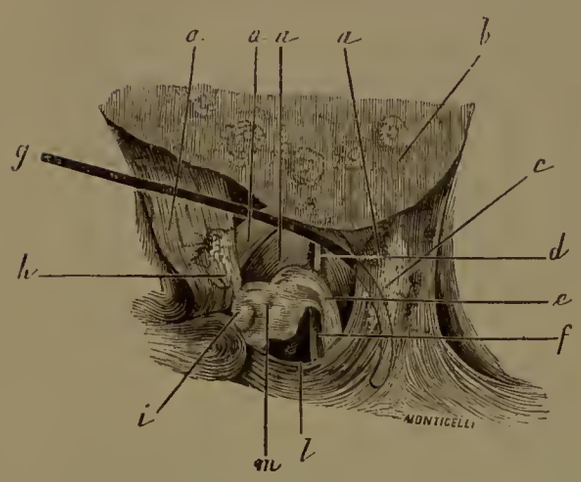
Le nez vu de côté paraît un peu aplati, mais en réalité il ne l'est pas, la eloison nasale est intacte, tandis que les fosses nasales manquent absolument de cornets; et on peut par les orifices antérieurs des cavités nasales, qui sont très-amples, voir aisément au delà des narines postérieures la paroi du pharynx, et y introduire de gros instruments.

A l'inspection du pharynx on trouva intactes la luette et le voile du palais. Les arcades palatines antérieures sont au même niveau, leur bord est très-rouge, le pilier postérieur de gauche est au moins d'un ctm. plus bas, et de double largeur de celui de droite. Il offre l'aspect d'une membrane large d'à-peu-près 2 ctm., de couleur rouge-pâle, et très-étendue vers le bas. Le pilier de droite beaucoup plus court est raccourci par des brides cicatricielles vers le milieu et à gauche. L'espace, qui dans l'état normal est occupé par les amygdales entre les deux piliers de la voûte, dans notre cas est absolument vide à droite, et occupé à gauche par plusieurs bourgeons arrondis de couleur rouge-foncée, qu'on doit considérer comme des résidus de l'amygdale détruite par la suppuration. Dans l'espace réservé à l'amygdale droite, comme aussi au dessus et du côté du pilier antérieur de droite on observe plusieurs cicatrices longitudinales d'une couleur blanche-luisante. La paroi pharyngienne postérieure est sèche et recouverte par une muqueuse atrophiée montrant plusieurs points blancs cicatrisés. En outre, le long de la même paroi et en direction postérieure courent plusieurs cordons de différentes grosseur et rougeur, qui en quelques points sont superficiellement exulcérés. Ces cordons deviennent d'autant plus gros et plus larges au fur et à mesure qu'ils se portent en arrière, et ils se réunissent avec d'autres cordons (qui se dirigent du dos de la langue à droite et à gauche, et de l'épiglotte en arrière et en bas) dans un point, qui à l'état normal occupe à-peu-près la partie moyenne de l'épiglotte relevée, et où l'on peut encore facilement les voir à oeil nu en abaissant à cet effet avec force la base de la langue. A ce point là les cordons réunis rencontrent et forment avec leur bord une ouverture en entonnoir de forme presque triangulaire, dont le diamètre maximum est d'un ctm., et qu'on peut complètement boucher avec le bout du petit doigt. Ce trou est le seul, qui existe, et par lequel on puisse pénétrer dans le larynx et l'œsophage. C'est par cette ouverture, que la malade respire et avale, et la déglutition s'accomplit sans trop de difficulté, mais au premier examen laryngoscopique on ne parvient pas à comprendre par où s'effectue la déglutition, et comment il soit possible à la malade d'avaler de gros morceaux sans obstacle.

L'épiglotte a la forme spéciale de cornet, roulé à moitié en forme de toit, et à moitié en forme de fer-à-cheval. La moitié gauche est étroite, mince, pâle et renversée vers la gauche et en arrière. Elle a le bord antérieur rongé, et la mince membrane muqueuse, qui le recouvre, laisse entrevoir une couche de cartilage jaunâtre. Au milieu du bord antérieur on aperçoit une profonde dépression, due sans doute à une antécédente ulcération avec perte de substance.

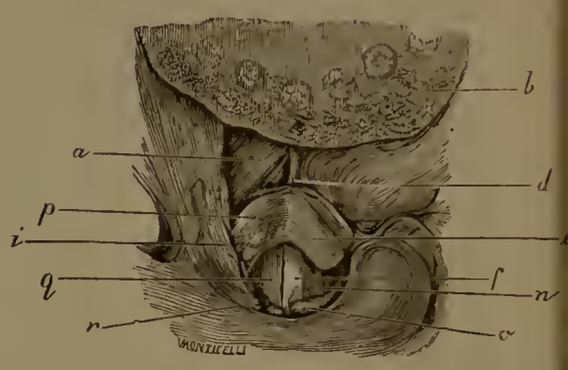
La moitié droite est fort grossie et rouge, recouverte sur la surface antérieure par une grosse gomme sur laquelle s'en est déposée une autre plus petite, et le bord antérieur et latéral est complètement et fort soudé à la paroi postérieure du pharynx et aux cordons, qui de haut à droite et de côté se dirigent en bas, de façon que la moitié droite de l'épiglotte reste immobile pendant la phonation, et il est impossible de la pousser en bas avec la sonde. Il y a donc l'impossibilité absolue d'avaler quoique ce soit par le côté droit, et même par

la partie moyenne. Tout ce qui vient d'être avalé glisse plutôt sur la petite et mince moitié gauche de l'épiglotte, et disparaît derrière le cordon semi-circulaire, qui limite en bas à gauche et postérieurment l'entrée triangulaire. C'est la seule voie, qui conduit à l'œsophage, comme il a été aussi constaté avec la sonde. Profondément en dessous de la moitié gauche de l'épiglotte on peut voir (peu clairement pendant la respiration, mieux dans la phonation) la corde vocale gauche intacte et qui fonctionne bien. Cette corde est tout ce qu'il est possible de voir du larynx, et qui puisse caractériser l'ouverture triangulaire et obscure comme ouverture laryngienne. De tout le reste à gauche, comme aussi de toute là moitié droite du larynx, du vestibule laryngien et de la paroi postérieure on ne peut rien voir.



Avant l'opération 25 *mars* 1880

POSITION DE RESPIRATION.



Après l'opération 20 *juillet* 1880.

POSITION DE PHONATION.

a cordons cicatriciels — *b* base de la langue — *c* point ulcéré sur le cordon cicatriciel — *d* replis glosso-épiglottique médian — *e* moitié gauche de l'épiglotte — *f* corde vocale inférieure gauche — *g* sonde introduite dans la direction de l'entrée de l'œsophage — *h* point ulcéré sur le cordon cicatriciel — *i* adhérence de l'épiglotte à la paroi postérieure et latérale du pharynx — *l* trachée — *m* gomme sur la moitié droite de l'épiglotte — *n* corde vocale supérieure gauche — o cartilage arytènoïde gauche — *p* moitié droite de l'épiglotte — *q* corde vocale inférieure droite — *r* marge du ligament arytèno-épiglottique droit et sommet du cartilage arytènoïde droit.

Telles étaient les conditions de la malade avant la cure galvano-caustique, qui commença le 13 mars 1880, pendant qu'elle prenait intérieurement de l'iodure de potassium.

Je ne veux pas vous entretenir de toutes les phases de ce traitement. Je veux seulement vous faire observer, qu'avant tout j'ai coupé tous les cordons, qui de la base de la langue se portaient à l'épiglotte.

Je détruisis la gomme sur la moitié droite de l'épiglotte, et puis, prudemment et petit-à-petit, je commençais à couper le cordon semi-circulaire qui formait le bord gauche et aussi en partie le bord postérieur de la sténose.

Ainsi après la première séance galvano-caustique on obtint un tel avantage, que la respiration sténotique disparut complètement. Dans deux autres séances, entreprises après des repos de quatre semaines chaque fois, l'ouverture se fit toujours plus large, l'épiglotte, l'entrée laryngienne et oesophagienne devinrent toujours plus libres, et la malade, qui se trouvait subjectivement mieux, et s'était accrue de poids, présentait quand je l'ai examinée pour la quatrième fois, le 19 juillet 1880, la suivante image laryngoscopique:

L'épiglotte est encore adhérente avec son bord latéral de droite au tissu cicatriciel postérieur et droit, et avec son bord antérieur droit à la paroi pharyngienne postérieure. De l'entrée du larynx on voit la moitié gauche, c'est-à-dire, le cartilage aryténoïdien, le ligament ary-épiglottique, une partie de la paroi postérieure du larynx et l'entrée de l'œsophage tout à fait libre, comme aussi la corde vocale inférieure et supérieure du même côté dégagée dans toute son extension. Au contraire du côté droit de l'orifice laryngien on voit dans le fond mais seulement pendant l'émission d'un ton élevé quand la moitié droite de l'épiglotte adhérente est un peu rehaussée par l'air, qui vient de gauche vers le dehors, le contour obscur du ligament ary-épiglottique, comme un mince ruban; tandis qu'on peut voir clairement la corde vocale droite à chaque phonation et même la suivre avec l'œil presque jusqu'à sa position d'inspiration. On ne peut pas voir la corde vocale supérieure. Dans l'angle droit il y a encore des cordons cicatriciels, qui se dirigent de haut et de côté à l'épiglotte et la fixent. Le diamètre de l'ouverture laryngienne qui peut se voir à présent, avec le laryngoscope, est d'environ 3 ctm.

Il n'y avait donc plus qu'à rendre libre le bord latéral de droite et l'extrémité du bord antérieur droit de l'épiglotte. Toutes les opérations galvano-caustiques faites jusqu'ici n'avaient presque donné ni hémorrhagie, ni aucun autre accident consécutif, excepté la vive douleur que la malade éprouvait au moment de la cautérisation.

La séparation de la marge de l'épiglotte, que l'on avait constaté avec la sonde, et faite dans la direction et le long de la même marge de dedans en dehors lentement et par petits coups, réussissait parfaitement. A chaque nouvelle incision le bord antérieur s'était de plus en plus soulevé, de façon qu'on pouvait peu à peu toujours mieux voir les parties du côté droit du larynx jusqu'alors invisibles (la pointe du cartilage aryténoïde de droite, le ligament ary-épiglottique, la fausse corde vocale de droite). Il n'y avait plus qu'à couper un bref cordon cicatriciel, et je voulais en même temps élargir la division à l'extérieur pour ôter toute possibilité d'une nouvelle adhérence.

Cette séance aussi s'etait passé jusqu'alors sans hémorrhagie; mais à peine j'eus en partie exécuté mon dernier projet, la malade commença à rejeter du sang par la bouche. L'inspection faite tout de suite montra la partie opérée en dernier lieu avec la galvano-caustique, recouverte de sang rutilant, qui jaillissait continuellement de la partie profonde; mais il me fut impossible de reconnaître avec assurance le point, ou, pour mieux dire, le vaisseau hémorrhagique. Il était pourtant prouvé qu'il s'agissait d'un vaisseau artériel blessé, soit par la sortie à jet du sang, soit encore par l'impossibilité d'arrêter l'hémorrhagie avec les moyens ordinaires.

Ma position était assez critique, n'ayant ni un assistant, ni l'aide d'un confrère, qu'à cette heure (10 du matin) on ne pouvait trouver promptement; car je n'avais aucun doute, que la vie de la malade ne dépendît de la prompte liga-

ture de la carotide. L'hémorrhagie continuait malgré la compression, le sang sortait en abondance et la malade donnait déjà des indices d'évanouissement et de collapsus.

Heureusement il me fut possible, une heure après le commencement de l'hémorrhagie, d'avoir près de la malade M. le Prof. Thiersch, qui en faisant avec une main habile la ligature de la carotide droite put sauver l'opérée déjà sans force.

L'opération finie, le sang cessa tout à coup; la malade immédiatement transportée à l'hôpital n'eut plus tard à souffrir ni d'hémorrhagies, ni d'une autre ligature d'un vaisseau sanguin quelconque. Elle put le 7 août, 23 jours après son entrée à l'hôpital, retourner chez elle.

On ne put s'assurer d'où provint l'hémorragie. La supposition plus probable est, que l'artére laryngienne supérieure a été transportée dans la cicatrice, et ainsi déviée de sa direction normale, et directement blessée. L'examen laryngoscopique fait avant le départ de la malade ne fut que superficiel à cause de sa grande faiblesse, et n'a donné aucun éclaircissement à cet égard; mais il prouva, que la sténose, pour laquelle la cure avait été faite, avait complétement disparue, et que par conséquent toute autre opération galvano-caustique était désormais inutile. L'inspection prouva en outre la complète intégrité de toutes les parties profondes du larynx et de la trachée, à l'exception du grossissement de la partie droite de l'épiglotte, qu'on observait encore, et d'une légère tuméfaction du ligament ary-épiglottique droit, dépendante probablement de la dernière opération.

Les raisons qui m'ont fait croire ce cas digne de considération sont les suivantes: — la manière lente de développement de la maladie et sa durée probablement très-longue; la limitation du procès syphilitique à l'épiglotte; la conformation de la sténose, pour laquelle un corps étranger, même de petit volume (par exemple le noyau d'une cerise) aurait pu en certaines circonstances tuer promptement la malade; le long décours à l'état latent de la syphilis mise en évidence par l'anamnèse; le résultat très-satisfaisant obtenu et la supériorité de la méthode employée, puisque dans ce cas la galvano-caustique, malgré le malheureux accident final, eut un résultat, que difficilement on aurait obtenu avec le bistouri; la présence d'un important vaisseau artériel dans une cicatrice près de la sténose, présence qui donna lieu à une grave hémorrhagie; et finalement la belle réussite de la ligature.

M. Krishaber dit que lui aussi a observé après l'excision partielle de l'épiglotte une hémorrhagie presque mortelle et qui ne s'arrêta qu'à la suite d'une syncope.

M. Catti lit son travail sur l'*Ankylose des articulations cricoaryténoïdiennes et la paralysie des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs.*

Dans ces derniers temps après les observations de Gerhardt (1), Riegel (2), Penzoldt (3), il a été publié de plus en plus des cas de paralysie des dilatateurs

(1) *Wirchow's Archiv.* Bd. XXVII.

(2) *Berliner Klin. Wochenschr,* 1872, N. 20-21, 1873 N. 7, et dans la *Sammlung Klin. Vorträge von R. Volkmann,* 1875, N. 95.

(3) *Deutsches Archiv. für Klin. Medizin.* Bd. XIII, 874.

de la glotte. Dans les deux dernières années on en a publié 10 à 12 cas chaque, de manière que nous possédons aujourd'hui une discrète quantité (30 à 40 sinon davantage) de pareilles publications de ces maladies.

Depuis 1873 lorsque je fus nommé aide à la Clinique laryngoscopique de l'Université de Vienne j'ai particulièrement porté mon attention sur ces affections, mais pendant les six ans et demi que j'ai occupé ce poste, je n'ai jamais eu occasion d'observer un pareil cas. Mon directeur M. le Prof. Schrötter que j'avais interpellé à ce sujet me disait que lui-même dans sa pratique laryngoscopique, certainement assez étendue, n'avait pu diagnostiquer aucun cas avec précision. De même je n'ai pas trouvé mentionné dans la Clinique des maladies du larynx de Türck de semblables cas, bien que dans cette œuvre excellente nous trouvons exposé le plus riche materiel et les formes morbides les plus rares que l'on rencontre dans le larynx.

Même dans l'ouvrage de Stoerk là où il parle de cette affection je n'ai pas trouvé qu'il s'appuie à des observations propres, mais bien à celles d'autrui. J'ai eu moi même l'occasion de voir plusieurs cas desquels je veux en référer un qui offrait les mêmes symptômes qui ont été donnés comme caractéristiques de la paralysie des dilatateurs de la glotte , et cependant je n'ai pas trouvé exacte la diagnose, car il s'agissait ou d'une ankylose des articulations crico-aryténoïdiennes à la suite d'une inflammation surpassée, ou d'une ulcération récente à l'extrémité postérieure des vraies cordes vocales avec conséquente inflammation exsudative dans les deux articulations.

Dans quelques uns de ces cas j'ai cru d'abord avoir à faire avec un cas de paralysie des dilatateurs de la glotte, il y avait complètement tous les symptômes décrits par Riegel; dispnée remarquable , aspect normal du larynx , par configuration et couleur des différentes parties; pendant la respiration tranquille les cordes vocales laissaient seulement une fissure étroite, presque linéaire; dans l'inspiration forcée, les deux cordes vocales s'approchaient jusqu'à la fermeture complète de la glotte; inspiration prolongée et difficile; expiration facile et rapide , voix normale. Les autres symptômes donnés par Riegel ne sont pas d'une particulière importance, mais dans un examen ultérieur de mon cas j'ai dû arriver à un autre résultat. J'ai remarqué que , contrairement à ce qu'il arrive dans chaque examen laryngoscopique, l'on ne pouvait voir l'extrémité postérieure des cordes vocales depuis le procès vocal en arrière , et de même il en était ainsi pour la plus grande partie de la surface antérieure de la paroi postérieure du larynx. L'explication de ce fait est en ceci que les cartilages aryténoïdes se trouvaient en position de phonation et par conséquent ils cachaient les parties susdites.

J'ai examiné le patient avec la méthode de Türck c'est-à-dire le faisant asseoir haut et avec le dos légèrement courbé en avant, et j'ai clairement pu découvrir des petites ulcérations, des inégalités ou des petites grosseurs que l'on pouvait retenir comme le restant d'un procès destructif déjà surpassé. Ces altérations étaient plus facilement vues lorsqu'on laryngoscopisait le patient dans son lit en position horizontale et je me suis persuadé très fréquemment que de cette manière on pouvait mieux voir dans le miroir la surface antérieure de la paroi postérieure du larynx.

Je donnerai en abrégé l'histoire clinique du cas mentionné auparavant.

Dans l'octobre 1878 il fût reçu à la clinique laryngoscopique du Professeur Schrötter à l'Université de Vienne un homme de 26 ans; le patient accusait de

souffrir depuis trois semaines de toux et de dispnée remarquable. L'examen laryngoscopique a donné: Cordes vocales blanches normales, la muqueuse de deux cartilages aryténoïdes de couleur rouge assez foncé; les cordes ne s'éloignent pas l'une de l'autre dans l'inspiration profonde et il reste entre elles seulement une ouverture étroite linéaire; la voix est normale.

L'examen laryngoscopique en position horizontale du patient a démontré que l'extrémité postérieure des deux vraies cordes vocales et la surface antérieure de la paroi postérieure laryngienne étaient envahies par une exulcération. En plus il y avait un catarrhe bronchial assez intense, mais l'on ne pouvait découvrir ni tuberculose ni syphilis.

La diagnose était pour ulcérations à l'extrémité postérieure des vraies cordes vocales, et à la surface antérieure de la paroi postérieure du larynx; inflammation des deux articulations. Celle-ci causait l'immobilité des cartilages aryténoïdes et la conséquente intense dyspnée.

Deux jours après la réception du malade, on exécuta la trachéotomie à cause de la grave dyspnée et des accès de suffocation qui se répétaient fréquemment.

Un mois après le malade fut renvoyé avec sa canule.

Au mois de janvier 1879 il se présenta comme ambulant, et à l'examen laryngoscopique l'on ne voyait plus d'ulcérations, mais bien un larynx complétement normal; cependant dans la respiration l'immobilité des cordes vocales persistait au même degré qu'auparavant. Il était permis alors de penser que les ulcérations étaient complètement cicatrisées, et qu'en conséquence de l'inflammation des articulations crico-aryténoïdiennes il était resté une complète ankylose de ces dernières.

Dans le mois de février de 1879 il entra de nouveau dans la Clinique pour une grave diphtherite pharyngienne et peu de jours après il mourut de cette même maladie.

La nécroscopie faite par Mr. Hans Chiari, Docent de l'Université et alors Assistant à la Chaire d'Anatomie Pathologique démontra, en outre du mal susmentionné, une ankylose de l'articulation crico-aryténoïdienne droite et une incomplète de la gauche; et de même l'atrophie des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs comme Riegel mentionne dans son ouvrage sur les paralysies respiratoires. Je crois donc qu'après cette donnée la diagnose de paralysie des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs n'était pas exacte, mais qu'il s'agissait d'une ankylose des articulations crico-aryténoïdiennes.

Les autres cas qui se sont présentés à la Clinique laryngologique peuvent, selon mon idée, s'expliquer de la même manière que ces derniers que l'on vient de décrire, mais manquant la nécroscopie, l'on ne peut l'affirmer positivement.

Avant de donner les conclusions, je me permets de dire encore quelques mots sur la publication faite par d'autres auteurs à propos de la paralysie des muscles crico-aryténoïdiens. D'après un examen exact sur ces mêmes publications, l'on doit juger, au moins pour leur plus grand nombre, qu'il s'agissait non d'une paralysie des muscles crico-aryt. post., mais bien de la forme que je viens de vous décrire.

Je ne veux pas, Messieurs, vous fatiguer avec une longue critique: je me réserve de le faire par écrit complètement dans l'année prochaine; je veux seulement parler ici de deux cas qui sont plus fréquemment rappelés dans la littérature, c'est-à-dire, du cas de Penzoldt et de celui de Riegel (1).

(1) *Volkmann'sche Vorlesungen*, N. 95. *über respiratorische Paralysen*. Page 777.

Dans le premier cas d'une femme de 61 ans, veuve d'un ouvrier, qui entra dans l'hôpital d'Erlangen le 22 mai 1867, Penzoldt dit que la malade avait souffert en 1867 d'ulcérations syphilitiques du pharynx et qu'on l'avait aussi soignée pour une sténose du larynx. Mais il ne mentionne pas comment se présentait cet organe lorsque la malade laissa l'hôpital, ni si elle souffrait de dyspnée. Plus tard, quand la malade dans le 1873 rentra à l'hôpital avec une grave dyspnée et avec la diagnose de paralysie des muscles crico-aryt. post., et mourut peu après, on rencontra à la nécroscopie une tuméfaction assez prononcée de la muqueuse à la commissure postérieure.

L'on a fait des diligentes observations sur l'atrophie des muscles du larynx et des nerfs récurrents laryngiens, mais l'articulation crico-aryténoïdienne n'a pas été examinée. Il est possible que pour l'affection du larynx subie dans le 1867, il soit resté une ankylose des articulations crico-aryt. et que plus tard en conséquence de la pneumonie lobulaire survenue, la dyspnée se soit faite plus intense amenant la mort.

Dans le cas de Riegel où il s'agissait d'un homme de 58 ans, malade de tuberculose pulmonaire, l'on voyait à l'inspection laryngoscopique « la corde vocale droite d'aspect normal comme couleur et comme volume, et de même sous tous les autres rapports; la gauche légèrement colorée en rouge présente au bord libre en arrière une petite érosion superficielle; de même le bord libre de la fausse corde vocale gauche présente une petite inégalité; une particulière tuméfaction de ces parties n'existe pas. » La nécroscopie donna: « La muqueuse trachéale d'un rouge vif, un peu épaissie couverte de mucosité tenace. La muqueuse laryngienne elle-même épaissie en plusieurs points spécialement aux cordes vocales. A la corde vocale gauche une exulcération un peu irrégulière de la muqueuse; et ainsi à la fausse corde vocale gauche un pareil point d'exulcération superficielle. En dehors de cela aucune autre altération dans le larynx. » De même pour ce cas l'articulation crico-aryténoïdienne ne fut pas examinée. L'atrophie des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs rencontrée dans l'examen pouvait avoir son origine dans l'immobilité des cartilages aryténoïdes qui datait depuis un mois et qui avait pour cause l'inflammation de leurs articulations. Encore plus éclatantes sont les altérations du larynx dans les cas publiés par M. Hansen (1) de Saint-Pétersbourg et M. Bayer (2) de Bruxelles où, déjà d'après l'examen laryngoscopique, il résulta qu'il existait des altérations inflammatoires importantes par lesquelles l'immobilité des cartilages aryténoïdes était causée.

D'après cette communication il me semble pouvoir déduire à bon droit les conclusions suivantes:

1.° Que la maladie: « Paralysie des dilatateurs de la glotte peut se présenter, mais certainement elle est très-rare et très fréquemment on la confond avec d'autres formes morbeuses qui amènent l'immobilité des cartilages aryténoïdes et la conséquente atrophie des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs.

2.° Que l'on doit considérer un grand nombre des cas publiés dans la littérature non comme des cas de paralysie des dilatateurs de la glotte, mais bien comme une inflammation ou une ankylose des articulations crico-aryténoïdiennes.

(1) *St.-Petersburger Med. Wochenschrift*, 1876, N. 6.
(2) *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*. Paris 1878.

3.° Qu'il y a des cas d'exulcération du larynx, lesquels sans amener des tuméfactions remarquables et d'autres altérations visibles au laryngoscope, à cause de leur position peuvent apporter des procès inflammatoires dans les articulations crico-aryténoïdiennes avec consécutive immobilité des cartilages aryténoïdes, et tellement graves de donner lieu à des phénomènes dangereux, de manière que si il n'y a pas réabsortion des produits inflammatoires, il peut rester une ankylose des articulations crico-aryténoïdiennes avec consécutive atrophie des muscles incapables de fonctionner.

Pour conclure j'espère que cette communication bien que brève et qui sera trouvée par quelques uns peut être un peu trop hardie, donnera lieu dans l'avenir, pour les cas dans lesquels on pense qu'il s'agît d'une paralysie des dilatateurs de la glotte, à prendre en considération l'examen laryngoscopique et la nécroscopie pour déterminer une forme morbeuse anatomique bien plus considérable; c'est-à-dire une inflammation ou une ankylose des articulations crico-arytenoïdiennes.

M. Massei observe qu'en plusieurs cas de périchondrite crico-aryténoïdienne l'opposition à l'abduction des cordes vocales dépend de l'infiltration des tissus environnants.

M. Stoerk admet la difficulté de la diagnose et réfère un cas de périchondrite où il y eut provvisoirement paralysie des abducteurs. Il voudrait aussi que l'on n'oublie pas qu'à l'abduction des cordes peut s'opposer la tonicité musculaire du muscle aryténoïdien transverse.

M. Krishaber fait remarquer que le mot *paralysie* employé ordinairement n'est pas approprié et qu'il faut lui substituer celui d'*immobilité*.

Ensuite M. le Président donne la parole à M. Elsberg qui, suivant l'ordre du jour, propose la nomination d'une Commission chargée d'établir une nomenclature laryngologique exacte.

La proposition est acceptée, et M. Lennox Browne demande que M. Morell Mackenzie soit aussi appelé à faire partie de la Commission.

La Commission fut composée par M. Elsberg, Président, et MM. Krishaber, Mackenzie et Stoerk avec charge de référer dans la prochaine session du Congrès.

En vue de nombreux travaux annoncés pour le lendemain au lieu d'une seule séance on en fixe deux: une pour le matin et l'autre dans l'après midi.

La séance est levée à 4 heures de l'après midi.

DEUXIÈME SÉANCE

3 Septembre 1880

La séance est ouverte à 9 heures du matin.

Président: M. Labus — Vice-Présidents: MM. Ariza, Elsberg, Krishaber, Stoerk — Secrétaires MM. Frua, Urbino, Zawerthal.

Le Président donne lecture des lettres et dépêches reçues de MM. Mandl, Rauchfuss, B. Fraenkel, Lincoln, Koch, Gentile, Semon, Smyly qui regrettent de ne pouvoir assister au Congrès pour cause de maladie ou de circonstances inattendues.

Ensuite il donne communication des travaux suivants présentés en hommage au Congrès:

M. Moura. — L'acte de la déglutition, son mécanisme. Paris. A. Delahaye, 1867.
M. Fournié Ed. — Application des sciences à la Médecine. — Paris. A. Delahaye, 1878.
M. Brügelmann W. — Inhalationstherapie bei der Krankheiten der Brust, des Halses und der Nase. — Cöln und Leipzig E. H. Mayer 1880. Troisième édition.
M. Lefferts G. M. — A unique case of prolapse of both ventricles of the larynx. — Their removal by the operation of thyrotomy. — Cure. — New York. J. F. Throw, and Son. 1876.
M. Guinier. — Traitement curatif des maladies de la gorge et du nez et des surdités catarrhales. — Méthode et pratique du gargarisme laryngo-nasal. Pau. C. Cazaux, 1881. Troisième edition.
M. Vacher. — De la voix chez l'homme au point de vue de sa formation, de son étendue et de ses registres. — Paris. G. Masson, 1877.
M. Caselli A. — Delle emorragie della bocca da lesioni violente e da operazioni chirurgiche. — Nuovo istrumento per frenarle. Bologna, Gamberini e Parmeggiani, 1878.
M. Breda A. — Epitelioma della epiglottide rimosso mediante laringotomia sotto-joidea. — Padova, Prosperini, 1880.

M. Morra V. — Su di un carcinoma primitivo della trachea. — Napoli, Detken, 1879.

M. Morra V. — Il nosografismo moderno e la fisiopatologia. — Napoli, Rinaldi e Sellitto, 1879.

M. Urbino A. — Paralisi bilaterale dei erico-aritenoidei posteriori. — Tracheotomia. — Firenze, Estratto dallo *Sperimentale;* dicembre 1879.

Le Président informe aussi que dans une salle annexe se trouvent exposés les instruments et les appareils suivants présentés par leurs inventeurs :

Laryngoscope du Dr. Max Schaeffer de Brême.

L'appareil est composé de deux cylindres en laiton noirci dont l'intérieur à 6 $^1/_2$ cm. de diamètre et 15 cm. de hauteur; il s'y trouve une échancrure de 6 $^1/_2$ cm. de hauteur et de 3 $^1/_2$ cm. de largeur; il est plus large au fond et fourni d'un rebord solide de $^1/_2$ cm. de largeur, dans lequel deux ouvertures sont appliquées pour y joindre deux anneaux par lesquels le diamètre du pied du cylindre peut être diminué à volonté de sorte qu'il va à toutes les lampes.

Le cylindre extérieur a, à 2 cm. au dessus de son pied, une ouverture circulaire de 3 cm. de diamètre, devant laquelle est placée d'une manière simple et convenable une loupe convexe dont le radius est de 5 cm. et la distance focale de 5 cm.

Pour se servir de l'appareil les deux cylindres, poussés l'un dans l'autre, sont simplement fixés sur le bec de la lampe, et ils y sont supportés par le plus large bord extérieur du cylindre intérieur sur la pièce du milieu du bec plus large en toutes sortes de lampes.

Pour en avoir la lumière la plus intense, le cylindre extérieur de la loupe doit être baissé ou levé autant que l'inflexion circulaire du cylindre de la lampe traverse le centre de la loupe.

L'intensité de l'éclairage dépend naturellement de la force de la source de lumière; mais toutefois on obtient une lumière concentrée, assez blanche, et parfaitement propre pour l'examen.

(Eventuellement on peut se servir aussi d'une bougie dans un bougeoir comme source de lumière).

Naturellement, il faut aussi un réflecteur frontal pour transmettre la lumière sur le miroir du larynx; car c'est précisément pour cette méthode d'examination s'étendant de plus en plus, que cet appareil est destiné. La *bouche*, le *nez*, les *oreilles* peuvent en être aussi éclairés directement.

L'appareil est aisément mis dans la poche, infrangible, et l'on peut y mettre dedans les verres de solutions, les miroirs, les pinceaux, etc. pour les transporter sûrement.

Nouveau système d'éclairage de Drummond pour l'examen et le traitement des maladies du larynx, de l'oreille et du nez, par M. Lennox Browne de Londres.

On croit que la disposition de l'éclairage à la chaux que je vais décrire réponde à un besoin qui se fait sentir depuis longtemps, en ce qu'il possède sur les autres systèmes que je connais, les avantages suivants, avantages allant aussi au devant des objections qui ont jusqu'à présent été avancées contre son usage général.

A. Il est extrêmement simple, et étant arrangé de manière à s'adapter au système d'éclairage au gaz actuellement employé, il n'exige aucun appareil compliqué de lampe.

Dans le cas où la lumière vînt momentanément à manquer, pour une cause ou pour une autre — soit la cassure de la chaux, ou l'épuisement de l'oxygène — et que l'on

n'eût pas un autre appareil sous la main, le tout peut être enlevé en deux minutes, et l'éclairage ordinaire au gaz employé immédiatement.

B. Il peut être employé comme lumière directe, ou avec le réflecteur ordinaire ou portatif. Ceci est de la plus haute importance puisque, en premier lieu, le mode direct d'examen (je parle plus particulièrement de la gorge et des oreilles) est incommode à ceux qui sont accoutumés à l'usage du réflecteur; en second lieu, la lumière réfléchie est infiniment préférable lorsqu'on désire, comme cela a toujours lieu, de suivre jusqu'aux moindres mouvements du malade — et surtout lorsqu'il s'agit d'opérations chirurgicales.

C. L'absorption des rayons calorifiques diminue la quantité de chaleur émise à un degré considérablement moindre que celle d'un bec de gaz ordinaire Argand, généralement employé par les laryngologistes.

D. L'*igniter* et le *dissolver* économisent l'oxygène par un mouvement très simple et très facile pour l'opérateur. Cet arrangement aide aussi considérablement à diminuer la quantité de chaleur produite par la combustion.

E. Les premiers frais sont minimes. La dépense de celui qui a été fixé à l'hôpital central pour les maladies de gorge et d'oreille, y compris tous les accessoires, ainsi que le coût de deux sacs d'oxygène, les cornues, etc., pour la fabrication du gaz, n'a été que de 15 livres sterling (375 francs).

F. Le coût du gaz obtenu en chauffant le chlorate de potasse et le péroxide de manganèse ne dépasse pas 15 pence par sac, contenant 9 pieds de gaz.

Si l'opérateur a besoin de fermer son oxygène aussitôt après son examen — ce qui n'est qu'une affaire d'habitude — la quantité de gaz consumée n'excède pas 2 pieds par heure et pendant ce temps, dans les hôpitaux, 20 à 25 malades au moins, peuvent être examinés. En un mot, le coût de la lumière, y compris l'hydrogène, n'est que de 4 pence par heure.

G. L'appareil n'offre aucun danger, l'oxygène et l'hydrogène étant conduits par des tubes séparés jusqu'au point même de l'ignition.

Je n'ai qu'à ajouter que la flamme ne produit nullement le sifflement désagréable de la plupart des lanternes employées jusqu'à ce jour, et que la lumière obtenue par cet arrangement est au moins égale à toute autre que j'aie jamais vue.

Je serai fort surpris si son usage ne devînt pas tout-à-fait général. Toute personne s'en étant une fois servi, et ayant éprouvé la facilité de son emploi, et les avantages supérieurs de sa lumière, ne sera satisfaite que lorsqu'elle aura employé l'appareil pour son usage particulier aussi bien que pour son usage dans les hôpitaux.

Cette communication ne serait pas complète, si je ne certifiais pas que l'appareil a été fabriqué spécialement pour moi, par Mr. Wood, opticien de Cheapside, qui n'a épargné aucune peine pour arriver, comme j'ai tout lieu de le croire, à la perfection de la simplicité et de l'efficacité.

Cet appareil consiste essentiellement des parties suivantes :

1. Le foyer de la lumière.
2. Lentilles pour rectifier et convertir les rayons de lumière en un seul jet de rayons parallèles.
3. Cellule d'absorbement pour arrêter les rayons calorifiques.
4. La chambre principale qui contient les diverses parties.
5. L'*igniter* et le *dissolver* pour produire et éteindre instantanément la lumière.

Foyer. — *Source de la lumière.* Consiste d'un jet de gaz oxhydrique. Deux gaz sont nécessaires pour obtenir ce jet : l'oxygène et l'hydrogène; mais ces gaz ne se mêlent pas et ne sont pas en contact l'un avec l'autre.

L'hydrogène s'allume comme un bec de gaz ordinaire; l'oxygène est alors admis, et venant en contact avec la caisse contenant l'hydrogène, il produit instantanément un jet d'une puissance calorifique extraordinaire.

Ce jet de flamme frappe contre la face d'un cylindre en chaux immédiatement en face du jet.

La chaux devient incandescente et émet une lumière intense. Le jet est pourvu de 2 robinets : l'un ayant un trou à travers la partie plate de la clef, — c'est le robinet à

l'oxygène; — l'autre, qui est perforé, est le robinet à hydrogène. Au moyen de ces robinets les quantités relatives de ces deux gaz peuvent être réglées avec la plus grande facilité.

Le gaz hydrogène est l'hydrogène ordinaire carburé, ou gaz des rues, et il s'obtient au moyen des conduits à gaz; le gaz oxygène est contenu dans un sac. Par suite de cet arrangement un seul sac de gaz est nécessaire; et voila comment, les gaz ne se rencontrant qu'au point d'ignition, l'explosion est impossible.

Lentilles rectifiantes. Ces lentilles servent à changer les rayons divergents, émis par la chaux, en un jet de lumière ayant la forme d'un cylindre, dont la section est à peu près égale à la superficie du miroir *frontal* employé par le laryngoscopiste. Il n'est pas nécessaire d'ajuster ces lentilles — elles se placent de telle manière que le point rayonnant du cylindre soit à leur foyer principal.

Cellule absorbante. Cette cellule est en verre, à côtés parallèles et est soutenue par des plaques de métal, en face des lentilles *rectifiantes*; il y a entre elles un espace suffisant pour permettre à l'air de circuler librement. Cette cellule est remplie d'eau, qu'il n'est pas nécessaire de changer à moins que l'appareil ne soit employé, sans interruption, pendant une longue durée de temps.

L'eau peut même atteindre à une chaleur considérable sans accroître celle émise par la lumière.

L'utilité de la cellule est démontrée en plaçant un thermomètre à un pouce ou deux en face, au centre des rayons lumineux. Le thermomètre dans ces circonstances s'élève à peine; mais si la cellule est enlevée, le thermomètre monte rapidement de 50° à 60° Farenheit.

Chambre principale. Elle consiste d'un cylindre vertical de laiton, ayant d'un côté un tube portant les lentilles *rectifiantes*, et à sa base une cavité divisée, au moyen de laquelle elle peut s'adapter au tuyau du gazomètre ordinaire sans le déranger aucunement.

Le jet de lumière à la chaux est également fixé dans cette chambre, tel qu'il doit l'être et n'exige aucun autre ajustement. Il est peut être bon de mentionner que les morceaux de chaux employés sont beaucoup moins fragiles et plus durables qu'ils ne l'étaient autrefois. Un morceau de chaux placé dans l'appareil peut durer au moins 10 heures.

L'Igniter et le Dissolver. C'est la seule partie qui reste à décrire; elle est un robinet à 4 conduits, fabriqué d'une manière spéciale, à travers lequel passent les gaz destinés à alimenter le jet.

Ce robinet est pourvu d'un manche à levier qui se meut à travers un arc régularisé, de sorte que d'un seul mouvement on peut ouvrir ou fermer à volonté.

Pour produire la lumière, on n'a qu'à mouvoir le levier qui se trouve tout près de la main de l'opérateur, et on obtient instantanément une pleine lumière. L'*Igniter* est mis en contact avec le jet au moyen de tubes flexibles, de sorte que l'*Igniter* peut être fixé au dessus de la table d'opération, et le jet peut être augmenté ou diminué à volonté, de manière à servir dans toutes les circonstances.

Manière de se servir de l'appareil. S'assurer que toutes les parties de l'appareil soient propres et sans poussière, et remplir d'eau la cellule absorbante. Mettre un cylindre de chaux sur le porte-chaux de manière que la face du cylindre touche presque au jet incliné. Fermer les robinets derrière le jet, et tourner le levier de l'*Igniter* au mot *Ouvert.* S'assurer que les poids nécessaires soient sur le sac contenant le gaz oxygène (deux poids de environ 25 Kilogrs. chacun), et ouvrir le robinet du sac; ouvrir aussi le robinet des robinets (le *robinet principal*) qui relie l'appareil au gazomètre.

Ceci terminé, l'appareil est prêt à être allumé. Le robinet à hydrogène derrière le jet, est ouvert en partie; le gaz est allumé et la flamme dirigée sur la chaux pendant quelques minutes, la chauffe graduellement. Le robinet à oxygène derrière le jet doit alors être ouvert graduellement jusqu'à ce qu'on ait obtenu l'intensité de lumière voulue. On peut alors ajouter un peu plus d'hydrogène et d'oxygène, jusqu'à ce qu'on soit arrivé au résultat désiré. On n'a plus besoin de s'occuper des robinets qui sont derrière le jet, et l'*Igniter* fait le reste.

On observera qu'il y a une vis qui passe à travers le pilier dans la plaque de l'*I-*

gaiter, contre laquelle l'extrémité du levier s'arrête. Cette vis est nécessaire pour régulariser la longueur de l'arc à travers lequel se meut le levier, et par suite le volume de la flamme permanente. A mesure que cette vis est tournée en arrière, le robinet se ferme de plus en plus, et le volume de la flamme permanente est diminué; tandis qu'à mesure, que la vis est tournée en avant, le volume de la flamme permanente est augmenté.

Quand on a fini de se servir de l'appareil, les robinets derrière le jet doivent être fermés, ainsi que le robinet du sac et celui qui relie l'appareil au gazomètre. Toutes les parties de l'appareil peuvent alors être enlevées et mises de côté.

Appareil d'éclarage pour la laryngoscopie du Dr. Labus de Milan.

L'appareil ne modifie nullement le système d'illumination préféré, pour ses nombreux avantages, par la plupart des laryngoscopistes c'est à dire la réflection de la lumière donnée par une lampe commune avec un miroir concave appliqué devant l'oeil. Son but est de renforcer la source lumineuse avec un simple arrangement.

Un anneau se fixe moyennant une vis au bec de la lampe là où on applique le tube de verre; cet anneau porte une tige, qui peut varier de longueur, à l'extrémité de laquelle se trouve un miroir concave de 9 centim. diam. et 11 centim de rayon de courbure. En adaptant le miroir à la lampe il faut avoir soin que la flamme se trouve dans le centre de courbure et non dans le foyer réel, de manière que le foyer conjugué du miroir retourne sur elle. Les rayons de prolongement suivent naturellement la direction des rayons qui émanent de la flamme et avec le miroir réflecteur frontal l'on recueille une double quantité de rayons lumineux et par conséquent l'on projète dans la gorge une lumière doublement intense.

Le miroir à la lampe a un diamètre majeur de ce qui lui serait strictement nécéssaire, mais c'est afin que le cône de prolongement des rayons lumineux soit assez large pour permettre que le laryngoscopiste puisse, sans en sortir, suivre avec sa tête le patient pendant l'examen.

Afin d'éviter une diminution d'intensité lumineuse et d'acuité visive l'on doit placer la flamme de la lampe tout près de l'oreille du patient (un diaphragme exprès attaché à l'anneau susdit le protège de la chaleur) et le miroir frontal doit avoir un rayon de courbure de 35 centim. (Voir pour les détails *Gazzetta med. lombarda*, 1876 N. 37).

Mannequin pour la laryngoscopie du Dr. Isenschmid de Munich.

Il est composé de trois parties. Une cavité buccale de métal plaqué avec la langue et la luette de velour rouge: celle ci se fixe sur un tuyau métallique qui présente une fente à la hauteur du larynx pour pouvoir y introduire des images laryngoscopiques coloriées: ce tuyau peut glisser sur un second tube de manière à l'élever ou à le baisser selon le besoin: ce dernier tube se fixe aussi sur un pieu qui se trouve dans le milieu de la boite qui renferme tout l'appareil et qui est longue 20 centim., large 12 et haute 8. Les dimensions sont prises d'apres nature. La cavité buccale et le tube laryngien sont noires à l'extérieur et rouges à l'intérieur. Les figures annexes, aux nombre de trente, représentent outre l'image normale dans les différentes positions de phonation et de respiration, presque tous les plus importants procès morbides que l'on rencontre dans le larynx — les images sont coloriées de manière à reproduire à la lumière artificielle les teintes justes. (Voir *Correspondenzbl. für schweiz. Aerzte*, 1879).

Mannequin pour les opérations laryngoscopiques du Dr. Labus de Milan

Cet appareil, outre à servir comme tous les autres mannequins pour les exercitations de laryngoscopie, sert spécialement aux élèves pour s'exercer à la technique opératoire.

C'est une cavité à parois metalliques pliée en coude et avec des proportions telles de représenter schématiquement les cavités de la bouche, du pharynx et du larynx dans la position voulue pour la laryngoscopie. A l'extrémité inférieure on applique, avec un système à tiroir, une plaque métallique qui porte une ouverture comparable à celle de la glotte dans l'inspiration. A travers cette ouverture l'on peut poser un fil, un morceau de papier à figurer un corps étranger, un polype, etc.

Sur cette plaque métallique l'on peut mettre aussi une image laryngoscopique coloriée soit normale ou pathologique.

L'extrémité supérieure, qui correspond à la bouche, est ouverte mais porte une plaque qui en tombant la ferme.

Cette plaque reste relevée lorsque un levier dont elle est fournie est retenu par un crochet. Le crochet se trouve devant un electro-aimant dont l'hélice a une extrémité qui se met en communication avec un pôle d'une pile Grenet et l'autre se perd dans les parois de l'appareil.

A l'instrument que l'on veut introduire on applique le fil conducteur qui provient de l'autre pôle de la pile. Toutes les fois que l'élève faisant parcourir cet instrument dans la cavité de l'appareil touche par maladresse dans les parois, (fermant le circuit électrique) fait fonctionner l'electro-aimant et alors le crochet venant attiré laisse libre le levier de la plaque qui, par son poids, tombe sur l'ouverture buccale et la ferme de manière à enlever la vue du miroir laryngien et du champ opératoire.

(Voir les détails dans les *Annali univers. di Medicina,* Milano 1878).

Un nouvel instrument pour l'extirpation des membranes transversales pathologiques dans les voies aériennes par le Dr. Fréderic Fieber de Vienne.

L'instrument consiste en deux petits trépans tournés l'un vers l'autre, dont les petites dents se touchent réciproquement. L'un des ces deux trépans est attaché à un tuyau mince et conformément courbé, l'autre est attaché à une baguette également courbée laquelle peut se pousser ou retirer à volonté dans l'intérieur du tuyau.

Le tuyau et la baguette sont attachés à un manche comme celui qui est en usage pour les instruments semblables.

Pour se servir de l'instrument l'opérateur doit mettre son pouce dans l'anneau à l'extrémité du manche et deux doigts dans les doubles anneaux. Attirant alors ces doubles anneaux vers l'anneau séparé on rapproche les deux trépans tellement qu'ils se pressent l'un contre l'autre et piquent, coupent et écrasent la partie de la membrane transversale qui se trouve entre leurs dents. Afin que l'on puisse saisir la membrane transversale de tous les côtés, les bouts du tuyau et de la baguette auxquels les trépans se trouvent attachés sont construits de telle manière qu'on peut les faire tourner au besoin ou les ôter totalement; ce qui rend possible de se procurer, à peu de frais, plusieurs trépans de forme et de grandeur variable.

L'on introduit l'instrument fermé pendant l'inspiration, puis il faut le rouvrir, saisir et serrer fortement la partie de la membrane que l'on veut éloigner.

Ce procédé suffit pour les membranes minces et délicates; mais si elles sont plus épaisses, alors — pour ne pas briser les trépans en employant trop de force — on doit se contenter de serrer fortement la partie en question et de rouvrir ensuite l'instrument: la mortification de la partie de la membrane ainsi serrée ne tarde pas à s'effectuer.

Instrument pour enlever les tumeurs adénoïdes de la cavité naso-pharyngienne de M. Victor Lange de Copenhague.

C'est une tige métallique robuste dont une de ses extrémités est fixée sur un manche et l'autre se plie en coude et finit par un anneau avec les bords tranchants à droite et

à gauche. De cet instrument il y en a trois exemplaires c'est à dire avec differentes grandeurs et courbes. L'instrument s'applique par la bouche et se presse contre la paroi postérieure de l'arrière narine, et avec des mouvements de latéralité on enlève les végétations adénoïdes. (Voir *Montasschr; für Ohrenheilk*, etc. Berlin, 1880, n. 2).

M. Victor Lange a exposé aussi douze flacons contenant chacun les tumeurs d'un malade.

Serre-noeud pour enlever les polypes nasaux de M. V. Lange.

C'est une modification du serrenoeud bien connu de M. Wilde.

Celui ci est courbé en différents plans pour que l'oeil suive plus facilement les mouvements de l'instrument.

L'anneau pour le pouce a un mouvement de rotation.

A cet instrument sont annexes six flacons qui renferment des polypes nasaux.

M. Labus ensuite fait l'énumération des travaux envoyés au Congrès par MM. les Confrères qui n'ont pu y intervenir et selon l'article 23e du Règlement il en fait la distribution aux membres présents en les priant de vouloir bien en donner une relation dans l'avant dernière séanee.

La parole est à M. Fournié qui tenant la promesse qu'il avait faite la veille lit plusieurs passages de sa *Physiologie de la voix et de la parole* où il est question de la eonstitution anatomique des rubans vocaux et il prouve, qu'il n'a jamais écrit qu'il y eût une eavité elose sur le bord des rubans vocaux.

Après M. Thaon comunique son travail sur l'*hystérie et le larynx.*

L'hystérie a une prédilection marquée pour le larynx.

Elle s'y montre sous des formes variées, elle réelame des traitements spéciaux.

Nous n'aurons pas en vue les symptômes laryngés, tels qu'on les rencontre dans les attaques généralisées de l'hystérie, dans l'irritation spinale hystérique, dans la chorée hystérique, ete.; nous ne voulons insister que sur l'hystérie localisée au larynx, à l'exclusion de toute autre partie du corps, et sans autre manifestation hystérique coneomitante.

Ainsi envisagée, l'hystérie laryngée eonstitue un des ehapitres les plus intéressants de l'hystérie *localisée*, et elle offre des difficultés de diagnostic et une thérapeutique variée qu'il importe au spéeialiste de bien eonnaître.

Les cas d'hystérie laryngée sont très fréquents, presque aussi fréquents que les cas de loealisation de l'hystérie dans l'appareil génital.

Les motifs de eette loealisation sont ineonnus.

Les causes oceasionnelles se trouvent dans le larynx même: e'est une inflammation plus ou moins grave, le plus souvent très légère; c'est un traumatisme de la région; ou bien la eause est plus loin: e'est une inflammation ou une tumeur du voile du palais, qui provoque l'hystérie laryngée; eette eause peut être plus éloignée eneore et siéger dans les organes génitaux, dans les ovaires, dans la matriee, congestionnés ou déplacés. Nous connaissons la sympathie pathologique et physiologique qui relie le larynx aux organes génitaux, elle se révèle aussi ehez les hystériques. Enfin l'hystérie peut éclater dans le

larynx par irritation: nous n'en avons personnellement pas vu d'exemples, mais on en a cité d'incontestables.

Toutes ces causes locales ou éloignées, toutes ces causes si diverses agissent par un intermédiaire commun, qui relie le larynx à la région excitée: cet intermédiaire n'est autre chose que le cerveau, dont une zone spéciale se trouve pour le moment dans un état morbide particulier.

L'hystérie du larynx se montre sous quatre formes principales, que l'on trouve souvent unies ensemble: il importe néanmoins de les dissocier, dans l'intérêt du diagnostic et d'un traitement rationnel: ce sont l'*aphonie*, le *spasme*, l'*anesthésie*, l'*hypéresthésie du larynx*.

L'*aphonie* n'est pas la manifestation la plus fréquente de l'hystérie fixée au larynx, mais elle en est l'expression la plus évidente et la plus communément admise.

Elle est produite par la paralysie des muscles du larynx.

Les muscles le plus communément pris sont les muscles vocaux; cependant la paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs n'est pas absolument rare et on connaît un cas de ce genre, pour lequel une femme hystérique a été trachéotomisée deux fois.

Un premier caractère de la paralysie hystérique c'est d'être souvent bilatérale, ou bien la paralysie est mono-latérale, mais elle se complique de parésie ou de contracture du muscle antagoniste; aussi l'aphonie hystérique est-elle souvent complète. C'est d'ailleurs un fait assez général, que cette diffusion de l'hystérie dans les organes qui sont impairs et qui ne sont pas symétriques, comme les ovaires.

Un autre caractère de l'aphonie hystérique, c'est de donner souvent une image laryngoscopique variable d'un jour à l'autre.

Un troisième caractère, c'est de laisser intacte la toux qui même gagne en intensité et éclate bruyamment: on a même vu des hystériques aphones qui pouvaient chanter et des hystériques qui parlaient en rêve.

Une autre particularité de cette aphonie, est l'absence d'atrophie musculaire, malgré une paralysie de longue durée.

Nous devons encore chercher des éléments de diagnostic dans la manière dont cette aphonie se comporte vis-à-vis du traitement; en effet, ou bien elle disparaît à la moindre sommation thérapeutique, ou après avoir résisté à toutes les ressources de l'art, au bout d'un temps plus ou moins long, l'aphonie disparaît d'elle-même, à l'occasion d'une émotion morale plus ou moins vive.

Un fait que nous avons constaté souvent, c'est l'existence chez les hystériques aphones, d'une plaque d'anesthésie cutanée, au niveau des régions sus et sous-hyoïdienne: nous avons constaté ce symptôme environ deux fois sur cinq.

L'aphonie hystérique guérit par tous les moyens, ou bien elle est rebelle à toutes les médications. Depuis la simple introduction du miroir laryngé qui fait disparaître instantanément l'aphonie, jusqu'aux injections sous-cutanées de strychnine, tout a réussi ou échoué.

A côté de la sonde laryngienne qui excite le larynx, de la compression laryngée, de la gymnastique laryngée, des courants induits et des courants continus et interrompus, des injections de strychnine qui doivent être employés, nous insisterons plus particulièrement sur la méthode révulsive, sur les sinapismes, sur les vésicatoires appliqués à la région du cou, sur les pointes de

feu le long de la colonne vertébrale. Ces moyens réussissent souvent et ils agissent probablement en modifiant cette zone cérébrale qui tient le trouble laryngé sous sa dépendance.

Une autre médication que nous avons essayée à maintes reprises, c'est la métallothérapie et l'action des aimants. Cinq hystériques aphones, dont deux présentaient la plaque d'anesthésie cutanée, que nous avons signalée plus haut, ont été soumises à l'influence de divers métaux, selon les règles habituelles. Chez une seule malade, âgée de 22 ans, aphone pour la troisième fois et à la troisième semaine de sa rechute, nous vîmes disparaître l'aphonie. La voix revint, par l'application d'un collier de six pièces de 100 francs en or, tenu pendant une nuit; la voix disparut de nouveau au bout de deux jours, pour reparaître par le même moyen; enfin après trois alternatives, la guérison fut complète. Chez cette malade l'anesthésie du cou suivit les mêmes oscillations.

Avec l'aimant nous n'avons obtenu que des résultats nuls ou incomplets: une hystérique, aphone depuis deux ans, après avoir été soumise pendant deux jours à trois séances quotidiennes d'aimant, fut prise d'une toux spasmodique éclatante; à chaque séance elle ressentait, en outre, de violentes démangeaisons dans le dos; c'est tout ce que nous avons pu obtenir d'elle par l'aimant.

Il n'est pas inutile de rappeler, afin de ne pas décourager les médecins, que l'on a vu des cas d'aphonie hystérique disparaître au bout de dix ans; le succès dans ces conditions appartient au médecin qui sait varier les moyens, et être assez constant dans leur emploi.

Le *spasme laryngé hystérique* a ses caractères qui le distinguent du spasme de l'enfance, du spasme dû à une irritation du nerf vague ou du récurrent et du spasme par introduction de corps étranger dans le larynx.

Ce spasme est expiratoire ou inspiratoire.

Le spasme expiratoire n'est autre chose que la toux quinteuse des hystériques, symptôme presque banal de l'hystérie, mais symptôme des plus pénibles. Chez un garçon, âgé de 14 ans, nous avons compté jusqu'à 25 coups de toux par minute, pendant des semaines; cet enfant fut guéri par une forte pluie qui le surprit à la promenade et le poursuivit pendant deux heures. D'autres fois la toux hystérique guérit avec l'affection intercurrente qui lui a donné naissance; nous connaissons les heureuses conséquences de la guérison des maladies utérines sur la toux hystérique.

Cette toux hystérique a fait commettre bien des erreurs, avant que le laryngoscope eût dévoilé l'état exact du larynx. Lorsqu'elle se rencontre chez les jeunes filles, associée à des hémoptysies supplémentaires, elle donne lieu à des pronostics dont la gravité n'est qu'apparente.

Le spasme inspiratoire laryngé se rencontre plus rarement chez les hystériques, les variétés en sont nombreuses, depuis une simple modification de la voix, jusqu'au spasme qui met les sujets en danger de mort imminente; on trouve même dans la littérature médicale des cas mortels, suivis d'autopsie.

A un degré très faible, la voix est plus stridente, ou bien elle est discordante, ou elle est comme cassée, la respiration est un peu bruyante; dans ces conditions, l'examen laryngoscopique permet de voir que la glotte est fermée en partie pendant l'inspiration.

A un degré plus élevé on peut entendre des sons variés; ressemblant au chant du coq, à l'aboiement du chien; en outre, la respiration devient sifflante.

Enfin, le spasme peut être si prononcé que les malades offrent un aspect

effrayant et semblent menacés de mort immédiate: chose singulière, même dans ces cas, les symptômes d'asphyxie ne sont pas aussi prononcés que dans les spasmes d'autre origine.

Bien des trachéotomies ont été pratiquées dans ces conditions, quelques-unes d'entre elles étaient peut-être justifiées, mais la plupart auraient pu être évitées avec plus de sang-froid de la part du médecin et plus de connaissance des ressources variées que peut offrir la thérapeutique.

Lorsque le danger est imminent, le chloroforme est le moyen le plus expéditif, il fait cesser à coup sûr le spasme, au bout d'une séance d'inhalation peu prolongée.

Un procédé qui a réussi plusieurs fois consiste à tirer fortement la langue au dehors et même à plonger le doigt dans le larynx; ce procédé agit probablement par action réflexe, plutôt qu'en soulevant l'épiglotte abaissée et contracturée, ainsi que l'a prétendu Chairou.

Si on a le temps de la réflexion, on peut employer les révulsifs sur le cou, l'électricité, etc. Chez une jeune fille, prise de spasme, au moment de la puberté, nous avons réussi à l'aide de la compression ovarienne, à faire cesser le spasme.

Un spasme expérimental que l'on peut développer chez les hystériques, comme chez d'autres personnes nerveuses, c'est le spasme laryngé *somnambulique*. Après avoir provoqué l'état de somnambulisme, si on touche le larynx légèrement avec le doigt, les sons ne peuvent plus être émis. Ce phénomène est certainement dû à une contracture, attendu qu'avec tous les autres muscles de l'organisme, c'est par la contracture et non par la paralysie que chez les somnambules on empêche les mouvements de se produire. Quel qu'il soit, le spasme laryngé revient par accès qui se répètent tous les jours ou à des époques variables, et peut se prolonger ainsi pendant des mois et des années.

Le spasme est associé avec la troisième forme de l'hystérie laryngée, avec l'hyperesthésie laryngée.

L'*hyperesthésie laryngée* hystérique est très fréquente, c'est peut-être la manifestation laryngée la plus fréquente de l'hystérie.

Parfois elle est diffuse et se traduit par des sensations diverses, sensations de brûlure, de déchirure, de tiraillement allant du gosier au sternum, sensation de corps étranger. Qui ne se souvient d'avoir été appelé en toute hâte auprès d'une femme, qui venait d'avaler une épingle, une arête de poisson, etc., et qui était dans la plus grande angoisse; après un examen consciencieux on reconnaissait que la patiente avait été trompée par une fausse sensation et que l'on était soi-même la victime d'une fausse alarme. Mais il n'est pas toujours facile de convaincre de semblables sujets, et il n'est pas rare de constater chez eux de véritables cas d'*hypochondrie laryngée*. On lira avec intérêt une observation de Mandl qui raconte l'histoire d'une malade qui assurait avoir expulsé ainsi, par suite d'ulcération, successivement l'épiglotte et tous les cartilages. Dans ces circonstances, il importe au plus haut degré de ne pas méconnaître le traitement local, ou de le délaisser, pour ne s'attacher qu'à un traitement général plus ou moins banal. La thérapeutique locale bien dirigée peut guérir les malades aussi sûrement qu'un traitement bien institué débarrasse de l'hypochondrie les sujets atteints de catarrhe de l'estomac.

L'hyperesthésie laryngée au lieu d'être diffuse peut-être localisée sous forme de points douloureux, de véritables névralgies, siégeant plus communément à

gauche du cou et avec des foyers douloureux que l'on exaspère par la pression et qui sont par ordre de fréquence: les bords latéraux du cartilage thyroïde, l'interstice crico-thyroïdien, l'interstice hyothyroïdien, la partie postérieure de la langue en arrière du V lingual.

Une autre variété d'hyperesthésie est caractérisée par la peur de parler, par la *phonophobie;* les malades redoutent de parler à haute voix, ils chuchotent; s'ils parlent à haute voix, ils sont pris immédiatement de douleurs très vives.

L'examen laryngoscopique dans les cas d'hyperesthésie laryngée, présente trois avantages bien définis: il permet de s'assurer qu'aucune lésion importante n'existe dans le larynx et d'en donner l'assurance formelle au malade; il donne au patient une confiance qui est presque la moitié de la cure; il permet l'introduction de topiques, portés d'une façon précise, sans tâtonnement, sans irritation inutile. A part quelques cas exceptionnels, l'examen laryngoscopique est plus facile qu'on ne le suppose, et parfois même très facile, en raison d'un certain degré d'analgésie.

La thérapeutique locale consiste à calmer la sensibilité exagérée du larynx, à l'aide de topiques portés sur la muqueuse, et tels que la glicérine morphinée, ou bien à employer les pulvérisations à la morphine.

Contre la forme névralgique, les injections hypodermiques doivent avoir la préférence; on évitera soigneusement d'arriver à l'abus des injections, car les malades atteints de névrose laryngée, ont offert quelques exemples remarquables de ces abus.

La méthode révulsive jouit aussi d'une efficacité incontestable, on réussit souvent avec de petits vésicatoires, appliqués sur les parties latérales du cou.

On fait quelquefois cesser les spasmes qui s'accompagnent d'un peu de rougeur catarrhale de la muqueuse, à l'aide d'une cautérisation intra-laryngée avec une solution de nitrate d'argent.

L'*anesthésie* qui est la quatrième forme de l'hystérie laryngée s'observe plus rarement que ne l'affirment les auteurs.

Chairou, en 1870, a soutenu dans un mémoire, lu à l'Académie de médecine, que le signe constant pathognomonique de l'hystérie était l'anesthésie de l'épiglotte; après lui Sawyer James a insisté sur la fréquence de ce symptôme. Il résulte de notre enquête à ce sujet, que chez un sixième seulement des hystériques, on rencontre l'anesthésie plus ou moins complète de l'épiglotte.

C'est l'épiglotte qui est le plus fréquemment atteinte par l'anesthésie et souvent à l'exclusion de toute autre partie. L'anesthésie, peut gagner le larynx tout entier et être absolue, généralement elle est bilatérale et elle ne se limite à aucun territoire nerveux bien précis; ce caractère la distingue parfois suffisamment d'autres anesthésies qui s'étendent à un des nerfs laryngés supérieurs, telles que l'anesthésie diphtéritique.

Un autre caractère important et particulier à cette anesthésie c'est de coexister fréquemment avec une plaque cutanée d'anesthésie à la face antérieure du cou, particularité déjà signalée à propos de l'aphonie hystérique.

La simple introduction du miroir suffit pour faire disparaître beaucoup de ces anesthésies. Dans les cas plus rebelles les attouchements avec la sonde, l'application d'un courant intermittent, un ou plusieurs badigeonnages avec le nitrate d'argent, suffisent pour débarrasser les malades.

La métallothérapie qui était tout indiquée dans ces cas nous a réussi également en plusieurs circonstances.

Cette manifestation locale de l'hystérie serait donc aussi peu gênante que facile à combattre, si elle ne se combinait pas avec les autres formes.

C'est, en effet, la plupart du temps à des formes complexes, que nous n'avons dissociées qu'un peu artificiellement que l'on a affaire. Dans l'hystérie laryngée, les quatre formes, l'hyperesthésie, l'anesthésie, les paralysies et le spasme musculaire se mêlent, se combinent, se succèdent. C'est, d'ailleurs, ce qui se passe dans les autres appareils de l'économie, c'est ce que l'on voit dans les autres exemples d'hystérie viscérale, ainsi dans l'appareil génital, les crampes, les douleurs névralgiques, les contractions, les sensations de toute sorte, se mêlent ensemble pour caractériser l'hystérie localisée.

C'est dans cette coïncidence des diverses formes, que l'on trouve de nouveaux éléments pour le diagnostic de l'hysthérie laryngée, alors que l'hyperesthésie ou la paralysie, ou le spasme ne seraient pas assez caractérisés par eux-mêmes.

En résumé, le diagnostic de l'hysthérie laryngée peut presque toujours être porté d'emblée, sans tenir compte du cortège des autres symptômes de l'hystérie qui font trop souvent défaut. Cette manifestation de l'hystérie peut presque être modifiée avantageusement par un traitement local bien entendu qui, dans l'espèce, a une importance plus grande que le traitement général, appliqué aux névroses.

M. Krishaber dit que dans le spasme laryngien de l'hystérie la trachéotomie n'est pas nécéssaire, et que la gravité du spasme est bien souvent apparente plus que réelle et que plusieurs fois il s'était trouvé dans la circonstance de pratiquer la trachéotomie mais qu'il s'y refusa et qu'en peu de temps l'accès s'était résolu.

M. Gouguenheim affirme que pratiquement l'on rencontre des spasmes laryngiens hystériques qui demandent absolument la trachéotomie et qu'il suffit la possibilité de la mort dans un seul cas pour justifier cette opération.

M. Schnitzler est du même avis.

La parole est à Mr. Lennox Browne, qui entretient l'Assemblée *sur quelques preuves objectives ayant rapport à l'état de maladie connu sous le nom de « Globus hystericus. »*

Messieurs !

En vous soumettant cette communication, l'idée que j'ai en vue est de détruire jusqu'à un certain point, un des *opprobria medicinæ*. Je dis opprobria, car je maintiens qu'il n'y a pas de plus grand reproche fait à la médecine pratique, que celui d'attribuer des symptômes au domaine vaguement compris de l'hystérie, lorsque par des recherches attentives on trouve que de tels symptômes ont une cause objective, tangible et remédiable.

Une des « bêtes noires » de tous les praticiens, c'est le malade atteint du globe hystérique, dans sa forme chronique. Le sujet est rejeté aussi sommairement dans les livres de texte qu'il le serait par le médecin ayant un tel ma-

lade à traiter. De fait, après un examen minutieux, je n'ai pu trouver qu'une allusion extrêmement succincte au « Globus hystericus » dans les manuels généraux. Il en a été de même des traités spéciaux sur l'hystérie, qui y consacrent à peine une ligne. — Dans aucun cas on ne suggère une cause probable objective.

Nous connaissons tous l'état général d'une personne souffrante de cette maladie. Une jeune fille d'apparence anémique ou une fille d'un âge moyen arrive avec une suite de symptômes dont la longueur et les détails varient selon la patience du médecin, qui les écoute à peine, tant ces symptômes paraissent imaginaires.

La plainte principale est celle d'une grosseur ou boule qui remonte constamment et gêne beaucoup le malade. On peut ajouter à ceci une difficulté pour avaler et des palpitations de cœur. — Le médecin qui ne peut par l'auscultation (si toute fois il prend la peine d'écouter) découvrir quelque cause organique pour les symptômes, examine légèrement le fond de la bouche à l'aide de la cuillère traditionelle ou du coupe-papier, et dit qu'il n'y a aucune raison pour ces symptômes; probablement, il ajoute, qu'à son avis, ils sont tous imaginaires, et il ordonne le fer, l'assa-fœtida, la valériane, ou toute autre chose, selon son idée. Mais il n'est pas surpris de trouver que son traitement n'a amené que peu d'amélioration dans l'état de la malade, car on s'accorde généralement à croire que les symptômes hystériques peuvent durer des mois et mêmes des années.

Peu de temps après avoir commencé à consacrer mon temps spécialement aux maladies de la gorge, je fus convaincu que la définition de cet état appelé hystérique provenait de l'incapacité ou de la négligence à en découvrir la cause. Je me décidai donc d'entrer avec soin dans tous les détails et pratiquer l'examen physique de chaque malade.

Ce qui suit peut être considéré comme étant la description du résultat obtenu, quoique tous les symptômes ne se trouvent pas dans chaque cas. L'âge du malade atteint rarement 18 ans et dépasse rarement 50 ans. Dans le seul cas où l'âge de la malade dépassait 50 ans, la meno-pause n'avait pas eu lieu. L'une des malades n'avait que 16 ans. La maladie atteint ordinairement, mais non pas invariablement les femmes. Trois des cas seulement se rapportent à des malades du sexe masculin.

L'histoire du développement de la maladie est celle d'une sensation de constriction ou gonflement dans la gorge qui augmente graduellement. Quelquefois la malade porte un col serré avec l'idée que, par ce moyen, l'enflure (*la tumeur*) s'affaissera; mais il en résulte une augmentation de souffrance.

D'autres adoptent un plan plus rationnel, celui de ne serrer le cou en aucune façon; mais la sensation qui n'est que désagréable au commencement, finit par devenir intolérable. — Le plus souvent la malade ne trouve aucun soulagement momentané dans quelque position qu'elle se mette; mais les plus intelligentes observent que leur état est pire la nuit lorsqu'elles sont couchées. Elles se réveillent se sentant étranglées comme si quelqu'un les tenait à la gorge, ou étouffées comme s'il y avait une obstruction dans le gosier.

La fatigue, l'excitation, l'approche ou la fin de la période menstruelle, ont toutes, ou chacune, une influence variable sur ce symptôme.

Au commencement la voix est affectée; non pas toujours la parole, qui n'était rauque (enrouée) que dans 4 pour cent des cinquante cas que j'ai analysés.

Mais si la malade a exercé sa voix pour le chant, elle se plaindra toujours de la perte des notes élevées et d'un manque de force accompagné de fatigue après avoir exercé sa voix. Le même fait a été relaté par un ecclésiastique dont le cas se trouve dans ma liste.

Dans une assez grande proportion de cas, soit 20 pour cent, on aura remarqué une sensation de respiration raccourcie, mais non une plainte de la malade que la respiration était réellement gênée, car un tel cas serait en dehors de la catégorie de la classe que je considère.

La difficulté ou la souffrance éprouvée par le mouvement de déglutition, auront ou n'auront pas influencé le médecin dans son diagnostic. Un nombre vraiment extraordinaire de cas de dysphagie doivent être rejetés, comme appartenant à l'hystérie ou aux causes fonctionnelles.

Dans beaucoup de cas on aura dû remarquer une toux courte, sèche et « *non-productive* » et sur 5 ou 10 pour cent une toux extrêmement aigüe, souvent citée comme le type de la toux hystérique rauque (*barking*), tandis qu'un instant de réflexion sur son analogie avec la toux du « laryngismus » devrait attirer l'attention sur la probabilité d'une irritation réflexe ou d'une pression directe.

Arrivant aux symptômes qui sont plus ou moins généraux à tous les cas, à ceux qui sont spéciaux à 4 de mes 50 cas (et ce sont les seuls que je connaisse), il y a eu hémorrhagie dans la bouche pendant la nuit, la malade se levant le matin avec un goût de sang dans la bouche. Le crachement indique la présence actuelle du sang dans cette région. — Il n'y a jamais eu dans ces cas la moindre trace de maladie pulmonaire, ni une description de la moindre hœmoptysis, dans le sens ordinaire du mot; en outre, il n'y a rarement aucune trace de sang pendant la journée, quoique de temps à autre le mucus de la gorge soit très-légèrement taché de sang.

Il est inutile de dire que je me suis minutieusement assuré que l'hémorrhagie ne provient pas des gencives, et comme tous mes malades souffrant de ce symptôme appartenaient à ma clientelle particulière, je suis en outre convaincu qu'il n'y avait aucune raison pour soupçonner leur bonne foi.

En étudiant l'état général de la malade on trouvera l'inutilité presque totale de soupçonner la présence de l'hystérie. Il peut, à la vérité, y avoir une dépression mentale considérable, souffrance et faiblesse, mais guidé jusqu'à un certain point par l'expérience, ces symptômes selon moi, ne sont pas plus prononcés que chez les malades souffrant de maux de gorge. C'est pour moi un axiome, dont la raison s'offre à notre esprit d'une manière évidente, que l'anxiété qui résulte d'une faible affection de gorge est toujours hors de proportion avec la gravité de la cause. Il en est surtout ainsi, lorsqu'il y a un symptôme qui justifie la crainte d'être suffoqué ou de mourir de faim.

En ce qui concerne la fonction de l'uterus, il n'y a ni plus ni moins de ménorrhagie, d'aménorrhée, de dysménorrhée ni de leucorrhée qu'on n'en trouve dans un nombre égal de femmes souffrant de désordre dans la santé, ni même dans un nombre égal de femmes, jouissant, en toute apparence, d'une santé ordinaire. — Le fait que cet état de choses a lieu aussi chez l'homme dans une certaine proportion, amoindrit encore davantage la raison d'associer le globe hystérique, spécialement avec les désordres de l'uterus et des ovaires. C'est un fait, néanmoins de quelque importance, auquel on a déjà fait allusion que l'affection a lieu entre les âges du commencement de la menstruation et

la ménopause, et dans deux de mes 50 malades, une succession rapide de grossesses en a été la cause supposée.

Après avoir examiné la poitrine on trouvera du désordre dans les fonctions de l'action du cœur et peut-être une diminution dans la force de la respiration des poumons, comme l'indique le spiromètre. On trouvera des cas exempts d'aucune trace de lésion organique. L'urine ne sera pas trop excessive ni surchargée de phosphate. La digestion sera probablement un peu dérangée, et dans un assez grand nombre de cas, il y aura constipation habituelle.

Or, en faisant un soigneux examen physique des régions indiquées, tâchons de découvrir les preuves objectives qui peuvent expliquer une telle condition. Autant que mon expérience me guide, il y en a une principale et presque invariable, les autres ne sont que secondaires et *doivent être observées plus rarement.*

Sur 94 pour cent des mes malades, j'ai découvert un gonflement perceptible de la glande thyroïde, tandis que sur 4 pour cent, quoiqu'il n'y eût aucun accroissement de la glande, la pression occasionnait une légère douleur, accompagnée aussitôt d'*exacerbation* de la sensation dont le malade se plaignait.

Je désire faire comprendre bien clairement que dans aucun cas il n'y a eu un élargissement de la glande assez considérable pour attirer l'attention du malade (beaucoup moins celle de ses amis et de son médecin) et faire supposer la présence d'un goître. Au contraire l'affirmation de ma part de la découverte du goître a souvent été une surprise pour les malades, et a même été réfutée par les parents et le médecin de la famille. Dans beaucoup de cas ce n'est qu'après avoir démontré que je pouvais amener les symptômes par une légère pression sur la glande, qu'il m'etait possible de montrer aux malades et à leurs amis, la cause objective de la souffrance, l'idée ayant été fortement inculquée que le mal n'existait que dans l'imagination.

Il n'y a le plus souvent qu'une enflure générale de la glande ou plutôt de l'isthmus, et il m'a souvent semblé dans ces cas que la présence d'un col trop serré, d'une broche ou d'un double-bouton, a eu pour effet d'exciter la cause du mal.

Sur 2 pour cent seulement, j'ai noté l'accroissement du lobe droit et sur 6 pour cent du lobe gauche. Dans tous les autres cas l'accroissement était général ou de l'isthmus.

Parmi les conditions locales secondaires ou celles qu'on rencontre plus rarement associées avec le globus hystericus, il y en a une sur laquelle le Docteur Solis Cohen a attiré l'attention, parce qu'elle conduit au « laryngismus » chez les enfants. C'est l'emprisonnement de l'épiglotte par la dilatation des papilles caliciformes de la langue.

J'ai trouvé cet état de chose dans 6 cas, c'est-à-dire dans 12 pour cent, mais dans 2 seulement, c'est-à-dire, dans 4 pour cent, il n'était pas accompagné de la dilatation de la glande thyroïde.

Dans un autre cas où il n'existait pas d'élargissement de la thyroïde, cas très-remarquable, car les symptômes de spasme étaient extrêmes et universellement regardés, par tous ceux qui virent la malade, comme étant, sans aucun doute, hystériques, il y avait une affreuse contorsion et une dilatation des veines à la base de la langue. Cette remarque m'amène à faire observer que cet état de varice des veines de la langue, des piliers du pharynx est un autre état compliqué qui se présente dans environ 10 pour cent des cas de « globus » quoique ce ne soit la cause unique que dans un seul cas, comme je viens de le dire.

Me reportant pour un instant à la possibilité de l'emprisonnement de l'épiglotte, j'ai trouvé que cette valvule était normalement relevée et libre à son bord, dans 92 pour cent des cas examinés; dans 6 pour cent pendante de manière à gêner la vue de la cavité laryngée et réellement arrêtée et retenue en arrière par les papilles dilatées dans 1 ou 2 cas pour cent.

La malade dans ce cas était la plus jeune de ma liste: elle n'avait que 16 ans. Il y avait un élargissement distinctement appréciable de la thyroïde. La menstruation pendant plus de 2 ans, avait été extrêmement régulière toutes les 3 semaines. Je n'ai nullement appris qu'elle eût souffert pendant l'enfance du « laryngismus. »

Un autre point concernant l'épiglotte que j'ai examiné afin de confirmer l'assertion de M. le Dr. Chairou, c'est que l'épiglotte d'une personne hystérique est insensible à l'irritation de la titillation du doigt ou de la sonde laryngeale.

Les résultats que j'ai obtenus ne confirment pas cette assertion ou ils conduisent à la preuve que mes malades n'étaient pas atteints d'hystérie ; car quoiqu'il y ait eu une sensibilité diminuée de l'épiglotte dans 20 pour cent des malades examinés, je suis à peu près convaincu que cette proportion ne représente que celle du nombre de personnes qui peuvent supporter normalement l'irritation de l'épiglotte sans nausée.

L'idée que l'épiglotte est particulièrement sensitive est maintenant généralement réfutée par les laryngologistes.

Je pense, au contraire, que la plupart des personnes ici présentes, conviendront avec moi qu'elle l'est même moins qu'aucune autre partie du larynx.

Cependant, avant d'arriver aux apparences plus générales du pharynx et du larynx, il reste encore à noter une autre condition qui accompagne spécialement le globus. C'est celle de l'hémorrhagie passive de la gorge, rare et apparemment inexpliquée, dont, comme je l'ai dit plus haut, j'ai observé 4 cas, dont l'un était celui d'un homme. Chez ce dernier il n'y avait aucun élargissement de la thyroïde, quoique le symptôme du globus fut prononcé.

Je ne puis suggérer une meilleure explication de la cause de ces hémorrhagies, que la raison ingénieuse qui m'a été donnée, pour le cas de ce dernier malade par le Dr. Andrew Clark, « c'est qu'elle est due à un écoulement d'une veine dans la gorge. » Je dois cependant ajouter que je n'ai pu, dans aucun de mes cas, découvrir le vaisseau d'où provenait l'écoulement.

Un grand nombre des personnes qui ont écouté mes remarques penseront probablement que dans ma description de toutes ces apparences, je n'ai attiré l'attention que sur quelques complications accidentelles d'une congestion chronique ordinaire du pharynx et du larynx.

Je ne puis, si une telle idée est venue à l'esprit de quelqu'un en admettre l'importance, car tout en admettant franchement qu'il y avait légère congestion dans au moins 75 pour cent des cas, dans un autre il n'y avait pas la moindre hypérémie des cordes vocales.

Quant au pharynx, dans aucun cas il n'est fait mention de mal de gorge ou de douleurs dans le mouvement de déglutition; dans aucun cas il n'y eut un relâchement excessif de la luette.

Aucun traitement suivi par d'autres avant que je visse les malades, aucun traitement suivi par moi ensuite, en vue de réduire l'hypérémie de la membrane muqueuse n'eut le moindre effet pour soulager les symptômes avant l'emploi d'autres mesures tendant à arriver à la véritable cause.

Dans au moins 15 pour cent de mes cas, la membrane muqueuse de la gorge était plus pâle qu'elle ne l'est normalement; dans les 15 cas restants la membrane était saine.

Je puis en outre ajouter que j'ai soigneusement exclu tous les cas d'obstruction à une respiration libre, provenant de la fermeture des narines, ou de l'enflure des amygdales qui produit, comme on le sait parfaitement bien, une sensation d'étranglement.

La méthode que j'ai adoptée pour arriver à mon but a été celle-ci: aussitôt que le malade s'est plaint d'une grosseur dans la gorge, j'ai dirigé mon attention vers la thyroïde et ensuite vers les symptômes dont j'ai déjà parlé en détail.

Que l'élargissement de la thyroïde soit un effet d'une congestion locale générale ou la cause première du globus, je n'ai pas la présomption de le décider. Il peut probablement avoir une origine générale plus étendue dans un désordre du système vaso-moteur.

Je pense avoir démontré assez clairement que la fréquente apparition peut servir de guide pour le traitement, et j'ai moi-même éprouvé qu'il en est ainsi.

Ce rapport ne serait pas complet et il ne s'accorderait pas avec mes vues sur la médecine générale, si je ne pouvais ajouter quelques mots pratiques sur ce qui est après tout, le but de notre profession: le soulagement des souffrances.

Ainsi pour le traitement:

1.° Je supprime toute pression de vêtements et ornements, expliquant à mes malades l'absurdité physiologique de comprimer la gorge au dessus de la fourchette du sternum.

2.° Je traite la glande thyroïde au moyen de douces applications locales d'iodure — une couche légère au pinceau de teinture de la « British Pharmacopœa » étant ordonné tous les soirs. Dans 3 cas seulement, j'ai eu recours aux injections dans la glande. Dans l'un des cas j'ai combiné l'ergotine avec l'iodure.

3.° J'emploie le cautère galvanique pour détruire toutes les veines et les papilles dilatées. Le succès de cette dernière mesure, dans le cas de la femme à laquelle j'ai fait allusion, et qui souffrait de spasmes douloureux par suite de cette cause, fut des plus remarquables et des plus instantanés. Une légère rechute fut observée, et je trouvai une grosse veine variqueuse qui n'avait pas été détruite; en traitant cette dernière, la guérison fut complète.

4.° J'examine d'une manière toute particulière l'état général de la santé et surtout ce qui a rapport aux désordres qui peuvent être occasionnés par la menstruation. Sur ce sujet, cependant, je n'ai rien de nouveau à ajouter, si ce n'est que l'iodure de fer, avec de légères purgations, et dans certain cas la digitale sont mes remèdes favoris.

5.° Je défends toute espèce de nourriture échauffante ou de boisson à une haute température. Je m'informe aussi avec le plus grand soin de la qualité de l'eau qui est ordinairement employée comme boisson.

6.° Finalement, et nullement d'une moindre importance, je n'emploie jamais et je ne permets jamais d'employer le mot « hystérique » devant un malade que je soigne. — Je ne veux pas abuser de votre attention avec la liste des cas que j'ai examinés et d'où j'ai tiré mes conclusions, je vous offre, Messieurs, mon rapport pour ce qu'il vaut.

Je ne puis, ni j'ai le temps de raconter en détail les faits qui se sont pré-

sentés dans tous ces cas. Si cela m'était possible, je crois que mes remarques auraient plus de force et d'intérêt et qu'elles montreraient que les résultats obtenus par mon traitement justifient la vérité des lignes sur lesquelles je les base. Je préfère, cependant, en vous soumettant ce rapport, ne présenter que des suggestions, et comme tel je vous l'offre, en vous priant de m'excuser s'il ne répond pas à l'attente générale.

Je réclame aussi l'indulgence de mes auditeurs pour cette traduction de mon rapport en français.

M. Massei a la parole pour la lecture de son mémoire: *Comparaison entre le courant faradique et le continu dans les paralisies vocales.*

Messieurs,

Puisque je suis le premier parmi mes confrères d'Italie à avoir la parole, permettez-moi de vous témoigner la joie dont je suis rempli en prenant part à cette fête solennelle.

Le premier Congrès de laryngologie fait battre le cœur à ceux qui ont consacré toutes leurs études aux maladies du larynx, et ce même Congrès, tenu à Milan, dans cette ville italienne si charmante et si civilisée, fait battre le cœur à nous, qui avons l'honneur d'héberger tant de cliniciens distingués, dont plusieurs ont été nos maîtres. Au moment de vous serrer la main sur l'autel de la science, nous sommes fiers de vous voir dans notre doux pays, car cette visite prouve que la science a pour patrie le Monde, et si nous avons demandé un jour à vous l'instruction et la pratique du laryngoscope, nous devons être charmés du bon accueil que vous avez bien voulu faire à l'invitation qui vous a été adressée, et de vous avoir pour juges de notre pratique et de nos travaux.

Oubliés, le jour que le laryngoscope a paru à l'horizon scientifique, nous sommes dédommagés par un honneur dont nous garderons toujours le plus doux souvenir.

Nous devons savoir bien gré à tous nos confrères qui, de si loin, nous ont envoyé ou nous apportent le fruit de leurs études! Nous devons être très reconnaissants à M. Labus, cet éminent confrère, ce digne représentant de la laryngologie italienne, qui a pris l'initiative de l'organisation de notre Congrès; je saisis donc l'occasion de lui témoigner, au nom de mes compatriotes, la plus profonde gratitude.

Messieurs,

Le chapître des paralysies vocales renferme l'une des plus splendides illustrations de la pathologie du larynx.

L'étude des névroses du larynx, faite sur l'homme vivant, vient d'agrandir outre mesure les notions étiologiques, et plusieurs fois, grâce au miroir laryngien, c'est le laryngoscopiste qui découvre une pression sur le nerf récurrent.

Cette histoire pathologique, rachitique jusqu'à l'époque de l'invention du laryngoscope, s'accrut bien vite dans les mains des premiers adeptes de laryngoscopie les plus expérimentés, et les noms de MM. Gerhardt, Ziemssen, Mackenzie en sont inséparables.

Il en est de même du traitement, c'est-à-dire de l'application directe de l'électricité à l'aide de laryngoscope: application qui représente une des victoires les plus éclatantes de notre art.

Tandis que l'image laryngienne éclairait la source de beaucoup d'aphonies,

elle invitait, d'autre part, à apporter directement ce moyen thérapeutique, qui de suite venait à l'esprit du praticien, c'est-à-dire l'électricité. Dans l'ouvrage classique de M. Mackenzie (1), que j'ai eu l'honneur de traduire en italien, il y a un grand nombre d'observations d'aphonies paralytiques, datant de plusieurs années, qui ont cédé par enchantement au courant électrique. Il n'y avait à faire que deux réserves, et la victoire était complète: établir avec exactitude la cause de la paralysie, repousser par le critérium de la durée, une possible atrophie musculaire. Alors il suffisait d'introduire, le miroir laryngien à la main, un excitateur électrique dans la cavité du larynx, sans trop se soucier de la source de l'électricité, sans trop se gêner du choix du pôle auquel était réservé l'honneur de pénétrer dans la cavité.

La stimulation des nerfs sensitifs de la muqueuse produisait, par suite d'une loi physiologique bien connue, c'est-à-dire par voie réflexe, la contraction de tous les muscles intrinsèques du larynx, et de cette manière ceux parmi eux qui étaient affaiblis, étaient compris dans ce mouvement réflexe, et souvent ils recouvraient ainsi leur fonction assoupie. Une analyse très attentive, en outre, des signes physiques révélés par le laryngoscope, nous a amené à déterminer, avec une exactitude mathématique, quels sont les muscles intrinsèques qui n'obéissent plus à leur fonction, et pour cela même il était bien naturel de songer à appliquer l'excitateur interne à un ou à plusieurs muscles paralysés. Les succès ont été encore une fois splendides, et l'on a enregistré de nouvelles victoires. De sorte que nous sommes sortis de l'école avec la conviction qu'il était plus difficile de reconnaître une paralysie vocale que de la traiter, et qu'après avoir reconnu que la lésion était d'un caractère local, on avait entre les mains le remède sûr et propre, et qu'il ne fallait que l'employer.

Malheureusement, après nous être livrés à la pratique, nous nous sommes aperçus bientôt qu'il nous manquait l'un des moyens les plus puissants et sur lequel nous avions compté le plus: souvent les malades, auxquels nous avions promis et fait espérer la guérison, restaient dans une période stationnaire, malgré qu'en espérant toujours, nous avions demandé du secours à la médication auxiliaire (injections hypodermiques de strychnine, inhalations stimulantes, gymnastique, massage), qui, sans doute, a aussi sa part dans le traitement de pareilles affections.

Ne sachant méconnaître la bonté du remède, nous préférions douter du diagnostic, et recommencer nos recherches pour savoir si une maladie du cerveau ou de la moelle, ou bien une pression encore cachée sur le nerf récurrent, et même une infection chronique, pouvaient nous expliquer l'opiniâtreté de la maladie, car sa marche ne nous autorisait point à soupçonner une atrophie musculaire, parce que nous-mêmes nous avions été témoins de nombreux exemples de guérison d'aphonies d'une bien plus longue durée.

Dans des cas pareils, que vous avez aussi sans doute, Messieurs, rencontrés dans votre pratique, c'est-à-dire quand le diagnostic étiologique ne permettait aucun doute et le traitement échouait, vous avez pensé qu'il était rationnel de vous adresser deux questions:

1.° Quel est la raison pour laquelle l'électricité ne réussit pas dans certains cas de paralysie vocale?

2.° Y a-t-il un autre moyen d'application du courant dans ces cas rebelles?

---

(1) *Hoarseness, loss of voice and stridulous breathing.*

La solution des deux questions que j'ai posées s'identifie avec le sujet que je me suis proposé de traiter, sujet vaste et audacieux, mais que j'ai tâché de proportionner à mes forces, en m'appuyant au plus solide soutien de la clinique, l'expérience, et en vous laissant, mes illustres confrères, juges des interprétations auxquelles je suis parvenu, et que je suis bien disposé à modifier, si vous daignez accorder à cette communication l'honneur de la discussion.

Messieurs,

Si dans l'ordre logique il était plus juste de commencer par savoir pourquoi, contre les paralysies vocales, on ne réussit pas toujours par le courant induit, dans la pratique c'est l'instinct qui nous guide à rechercher le remède avant tout; et puisque le courant galvanique commençait à multiplier ses applications thérapeutiques, il était tout naturel que l'on songeât également au larynx.

Cependant, dans les ouvrages les plus complets et les plus modernes, nous ne trouvons pas d'indications bien tranchées; quelques-uns ne parlent que du courant interrompu; d'autres n'ont pas oublié le courant continu, mais en parlent comme s'il était égal d'employer l'un ou l'autre. L'un avoue qu'il a obtenu de bons effets par le courant galvanique dans certaines circonstances, un autre craint qu'il puisse déterminer un œdème du larynx.

Il me semble, au contraire, qu'une comparaison entre les effets des deux courants soit nécessaire, et je la commence ici, devant vous. Je n'ai pas la prétention de pouvoir formuler des conclusions irréprochables, car, même les hommes qui sont le plus au fait de l'électrothérapie, n'ont pas su le faire jusqu'à présent. Je me flatte, néanmoins, qu'en exposant les faits spéciaux qui se rattachent à ce chapitre si borné des névroses, nous serons à même de commencer à voir plus nettement la question du traitement des paralysies vocales.

En suivant l'ordre des faits cliniques, je serai à même de répondre à la fois aux deux questions que nous venons de poser, et je m'efforcerai d'expliquer les effets par l'action physiologique du courant, d'une part, et de l'autre par la notion de l'état pathologique, qui est la cause de la paralysie.

L'action puissante excito-motrice qui résume les effets les plus saillants du courant faradique, représenta, pendant quelque temps, l'indication la plus marquée et la plus rationnelle contre les aphonies paralytiques; et, pour celles qui sont causées par l'intoxication diphtérique ou l'hystérie, les faits et la théorie sont d'accord pour en confirmer les avantages.

Il n'en est pas de même des paralysies d'origines différentes, soit qu'il s'agisse de l'influence directe du rhumatisme, comme il arrive pour la paralysie faciale, soit qu'il soit question d'une coïncidence ou d'une suite de catarrhe du larynx, ou des efforts de la voix.

1.° Paralysies vocales suite de la diphtérie. En pareilles circonstances, on n'a rien à reprocher au courant d'induction: je dirai même qu'une comparaison désintéressée nous prouve évidemment la rapidité d'action de celui-ci vis-à-vis du courant continu.

J'admets, bien entendu, un cas de paralysie limitée aux muscles du larynx, et je ne puis faire entrer dans le tableau l'heureux effet que l'on tire du courant continu quand, dans une paralysie bien autrement étendue, on galvanise les troncs nerveux. Or, l'action que l'on peut le plus facilement localiser et les effets les plus transitoires d'une part, l'action catalytique et thermique bien moindre de l'autre, nous expliquent pourquoi dans les paralysies diphtériques,

chez lesquelles la contractilité musculaire est diminuée, et les muscles répondent faiblement à la galvanisation et la faradisation, l'action excito-motrice de cette dernière suffit à rétablir la fonction musculaire.

Il s'agit là de préférence: action plus vite, inconvénients moindres; le courant continu pourrait atteindre le même but, mais son efficacité est en quelque sorte effacée, et l'indication pour le courant d'induction vient s'offrir très nettement.

On peut rapprocher des paralysies diphtériques, celles qui sont la conséquence d'une autre infection chronique, par l'arsenic, par le plomb, par la syphilis. Nous savons bien que là les fibres nerveuses présentent les lésions appréciables, soit dans leur substance, soit dans le *cylinder axis*. Eh bien! si ces altérations ne sont pas graves et que les muscles répondent à la faradisation, cela suffit: on devrait employer differemment le courant galvanique.

2.° Paralysies hystériques. — Je ferai, à ce propos, les plus franches déclarations et je dirai, sans prévention, tout ce que je pense.

Ces paralysies, qui pour certains médecins ne méritent guère la peine d'un traitement local, et qui donnent au laryngoscopiste le prétexte d'un traitement prodigieux qui tient du prestige, sont quelquefois un embarras sérieux et réclament la plus vive attention.

Caput mortum d'un accès hystérique, elles se continuent parfois pendant longtemps, l'aphonie persiste pendant des mois et des années, et l'inertie à laquelle les muscles adducteurs des cordes vocales sont condamnés en exagère encore l'engourdissement.

Le traitement local alors est réclamé par les malades, et certainement ils ne seraient pas contents d'être renvoyés sans rien essayer, flattés d'un espoir qui souvent est déçu par le temps.

Nous pourrions tous raconter une longue série d'histoires très curieuses de malades hystériques qui ont quitté notre cabinet avec le plus grand enthousiasme, après avoir recouvré la voix en une seule séance.

Je me rappelle, entre autres, une jeune femme mariée chez laquelle la première application électrique produisit complètement ses effets: mais la malade, en sortant, perdit aussitôt la voix comme auparavant, et pour me convaincre qu'elle craignait l'air extérieur, dès qu'elle reprit sa voix, à une deuxième séance, elle se porta à la fenêtre: immédiatement la voix s'éteignit, mais lui ayant conseillé de prononcer à pleine voix une voyelle en sortant la langue, elle n'eut qu'à se louer de ce moyen, et la voix lui revint en effet.

Cette même action excito-motrice, dont je viens de vous faire mention, peut rétablir en pareils cas, sur le champ ou au bout de quelque temps, la contractilité musculaire, et on y parvient, dans un grand nombre de cas, par le courant faradique.

Il y en a cependant d'autres chez lesquels on commence par lutter avec insuccès, tandis que le courant continu vient résoudre la question. Surtout si on a déjà employé, mais en vain, le courant faradique, le galvanique l'emporte sur la fatigue musculaire, donne aux muscles leur activité, et nous rappelle ce mode d'action que M. Heidenhain a très ingénieusement appelée réfrigérante. Pendant quelque temps, je ne me suis servi que de la faradisation, et je dois avouer plusieurs cas d'insuccès; je me rapelle, au contraire, d'autres observations, dont pour être bref, je ne fais pas mention dans lesquelles, après un long traitement par le courant d'induction, j'ai parfaitement réussi par le courant

continu: il faut envisager aussi que la perte de la voix datait de plusieurs mois, et que, tout en appliquant le courant d'induction, je complétais le traitement par des injections hypodermiques de strychnine et les inhalations stimulantes, tandis que dans la deuxième période de ma pratique je ne me suis servi que du seul courant continu; voilà donc pourquoi je lui dois, en bonne conscience, accorder la confiance qu'il mérite.

Mais on ne peut dans toutes les paralysies hystériques, d'après la durée de l'aphonie exclusivement, déterminer le choix de l'un ou de l'autre courant, car dans certains cas de très courte durée le courant faradique pourrait échouer.

Je vois presque tous les ans une religieuse, qui vient de passer son époque critique et qui réclame mes soins pour une aphonie paralytique à rechute. Après avoir attendu le retour spontané de sa voix, elle a acquis la conviction qu'il faut traiter directement le larynx, et les résultats sont toujours heureux. Mais la résistance du mal est très accentuée; à son 2e accès elle vint chez moi, un jour seulement après la perte de la voix, le traitement dura 30 jours; à son 3e accès, flattée peut-être par quelque espoir éloigné, elle attendit un mois, le traitement non seulement eut une durée de 60 jours, mais à peine la voix ût-elle revenue, qu'elle la perdit encore une fois, pour la recouvrer de nouveau après quelques jours.

Chez cette religieuse, les stimulations les plus intenses avec le courant faradique seulement, ainsi que quelques éminents électro-thérapistes l'ont conseillé, ne réussirent point; le courant continu, au contraire, assura le succès, et dans le cas seulement où ce traitement est commencé longtemps après le début de la paralysie, j'emploie tour à tour le courant faradique et le galvanique après un traitement exclusif par celui-ci. Chez cette malade, j'ai reconnu pendant qu'elle suivait son traitement, que la paralysie était quelquefois double, quelquefois unilatérale, un jour d'un côté, un jour de l'autre, ce qui prouvait la fatigue dont les muscles étaient atteints, et l'indication de l'action réfrigérante du courant galvanique.

Le même effet rend, Messieurs, très rationnel l'emploi du courant continu chez les personnes affectées d'aphonie par défaut d'exercice de la voix. Dans la science, il y a des observations de paralysie vocale par suite d'un silence prolongé, comme il arrive pour les religieux de certains ordres. Les deux courants, auxquels les muscles pourraient différemment répondre, atteignent le même but, savoir: exciter à la fonction les muscles paresseux, mais le galvanisme agit de manière que l'action excitante réclamée ne déborde, et que les muscles reprennent par degré leur contractilité.

3° Quant aux paralysies que l'on fait dépendre des impressions morales, telles que l'effroi, les émotions, d'où la perte instantanée de la voix, nous ne saurions répéter à peu près que les mêmes choses. En certaines circonstances un nombre limité de séances avec le courant faradique suffit; en d'autres, c'est au courant continu qu'il faut s'en rapporter; mais, en général, on peut répéter que l'action excito-motrice du premier peut être regardée comme suffisante pour rétablir la fonction musculaire, qui était tout simplement suspendue par une action nerveuse de défense.

4° Nous devons examiner encore certaines aphonies paralytiques qui sont la conséquence du défaut de contractilité musculaire: ce sont les paralysies rhumatismales, contre lesquelles le médecin n'est pas toujours heureux. Ce sont précisément les paralysies à propos desquelles je pourrais répéter tout mon

exorde: celles qui ne peuvent mettre d'accord les déceptions fréquentes avec la bénignité du pronostic.

Je puis bien affirmer tout bonnement que le courant continu nous rend de bien remarquables services. Il réussit là où le courant d'induction a échoué, et son action est tellement efficace, qu'une fois la cause de la paralysie reconnue, il n'y a pas d'hésitation pour le choix.

On peut affirmer que, comme dans la paralysie par suite de diphtérie, le courant d'induction mérite la préférence; dans les paralysies rhumatismales, c'est le courant continu qui l'emporte, et si dans les premiers cas le courant continu peut atteindre le même but, dans les seconds le courant faradique pourrait complètement manquer.

Distinguons d'abord les paralysies que l'on appelle rhumatismales directes, c'est-à-dire les paralysies dans lesquelles, par l'action du froid, la fibre nerveuse terminale est altérée, comme il arrive pour les paralysies faciales périphériques. Ici, la pathogénie n'admet pas de doute; il en est de même des paralysies de la septième paire; les terminaisons nerveuses ne sont pas à même de ressentir l'action excitante du courant faradique, quoique très intense, mais qui sera toujours de très courte durée. En effet, tandis que la contractilité faradique fait défaut, la contractilité galvanique persiste ou bien est exagérée; de là, une indication pour le courant continu.

Dans les paralysies qui ne sont pas la conséquence de l'action directe du froid, mais la suite d'une laryngite catarrhale grave, surtout si le faisceau interne du muscle crico-arytenoïdien a été compromis; dans ces paralysies, dans lesquelles les muscles intrinsèques sont fatigués, faibles, par l'infiltration inflammatoire de leur fibres musculaires, l'action réfrigérante du courant continu, que l'on pourrait mieux appeler, d'après M. Remak, *catalytique,* nous rend parfaitement compte des bons effets.

Tout ce qu'il y a à espérer est atteint; il est donc rationnel et pratique de s'adresser tout d'abord au galvanisme dans les deux espèces de paralysie rhumatismale.

5° De même pour les paralysies de caractère dynamique, qui sont la conséquence d'efforts musculaires. Quand on se rappelle la manière dont les deux courants agissent, il y a lieu de se convaincre que le faradique ne serait pas même indiqué, et le galvanique le serait classiquement. Les résultats ne sauraient être ni plus complets ni plus prompts, et chez les artistes, les orateurs, etc., il n'y a rien de plus utile.

6° Je dirai, en dernier lieu, quelque chose touchant les paralysies centrales, et celles qui sont la conséquence de compression des nerfs récurrents. La conductibilité nerveuse est interrompue, dans des cas semblables, soit au point de départ du pneumogastrique et du spinal, soit le long de leurs troncs nerveux.

Une fois la paralysie reconnue, le laryngoscopiste sait en tirer parti pour un diagnostic général, qu'il est plus souvent à même de faire qu'un médecin polyclinique, grâce au laryngoscope. Il refuse alors le traitement local, car les résultats seraient vains, et l'attention est rappelée sur des faits d'une plus grande importance.

Mais si la compression a été écartée parce que la cause a été remuée, et si les lésions centrales en voie de réparation permettent de songer de nouveau à l'excitation nerveuse, le traitement local d'une paralysie vocale pourra être appliqué au même titre qu'on le pratique contre la paralysie des membres.

Auquel des deux courants donnera-t-on la préférence ?

Je ne saurais donner sur cela une réponse tirée avec exactitude de la pratique, car les cas semblables, tels que je les ai supposés, ne sont pas fréquents.

Au point de vue scientifique, je pourrais essayer d'établir quelques indications.

Nous savons, par les belles expériences de MM. Erb et Ziemssen, que, si l'on détruit un filet nerveux sur une longueur de plusieurs millimètres, l'excitabilité faradique et galvanique de ce même nerf et du muscle auquel il se porte, disparaît les jours suivants, et reparaît d'une manière douteuse longtemps après. Il arrive de même par l'effet de fortes compressions du nerf, mais dans les muscles qui en sont animés, la contractilité faradique diminue, la galvanique en est exagérée : cette surexcitabilité, d'ailleurs, persiste jusqu'à ce que la contractilité faradique reparaisse, et elle diminue au fur et à mesure que l'autre augmente, en raison de l'étendue de la lésion du nerf.

Dans les paralysies intra-cérébrales, l'excitabilité du muscle et du nerf est conservée. Rappelons-nous cependant que la réaction au courant continu s'observe aussi dans des paralysies atrophiques complètes d'une bien plus longue durée.

Voilà pourquoi la galvanisation des troncs afférents pourrait être adoptée de préférence aux applications directes aux muscles affectés, et selon la manière différente dont la contractilité galvanique ou faradique se comporte, on pourrait en tirer une indication exacte, non pas sans quelque difficulté, pour l'emploi du courant auquel les muscles malades obéissent le plus.

Les paralysies que l'on observe chez les phthisiques, et dont je me permets de dire quelques mots ici, ne sont pas encore bien comprises dans leur pathogénie, et sans doute on ne doit pas trop se préoccuper du traitement là où notre attention est appelée sur des faits bien autrement graves. Veut-on voir une compression du récurrent par la lésion pulmonaire? on pourrait se passer de l'électricité. Voit-on, au contraire, une faiblesse du courant de l'air expiré? il serait déraisonnable de tenter la contractilité musculaire de ces anches vivantes, peut-être normales, là où le vice a son siège dans le porte-vent. Néanmoins, puisqu'il y a des malades chez lesquels le retour de la voix pourrait relever les conditions morales, on essaiera l'électricité faradique ou galvanique, avec peu d'espoir et sans trop se flatter.

7° Je dois ajouter, en outre, Messieurs, quelque chose sur une observation toute personnelle. J'ai observé, dans un cas bien rare, la paralysie vocale d'un côté comme premier symptôme de l'atrophie musculaire progressive.

Si les observations se multipliaient, et si elles venaient à mon insu confirmer la possibilité que j'avance, il n'y a aucun doute que la galvanisation prolongée des nerfs spinaux pourrait amener une amélioration de la nutrition, du développement, de l'afflux sanguin et de la fonction.

Il va sans dire que tout ce que j'ai dit, en général, se rapporte à l'application directe de l'électricité (pharyngo-laryngienne), et non pas à la percutanée.

Je n'ai pas le devoir de démontrer ici toutes les raisons qui ont fait donner la préférence à la première méthode, parce que tous l'ont unanimement acceptée en pratique, et l'expérience est le guide le plus sûr.

Je n'ai pas le devoir de démontrer que les désappointements dont quelques auteurs se plaignent, par suite de l'emploi du galvanisme, peuvent être écartés assurément par des applications courtes et faibles, qui ne perdent pourtant pas

leur étonnante vertu, et en ayant soin d'interrompre souvent le courant par l'interrupteur de l'excitateur laryngien.

Cette interruption, qui ne pourra jamais se rapprocher de celle du courant d'induction, aura pour but de diminuer les effets thermiques et catalytiques.

La faiblesse de ces courants est nécéssaire à cause de la ténuité et de l'humidité de la muqueuse qui enveloppe les muscles sur lesquels il faut agir.

La pratique, du reste, montrera à quiconque peut en douter, combien je suis dans le vrai.

J'ai choisi un point bien tranché, c'est-à-dire la paralysie limitée à l'un ou à plusieurs muscles adducteurs des cordes vocales; tout ce que j'ai donc dit sur les effets des deux courants mis en comparaison, doit se rapporter à l'application interne ou directe aux muscles vocaux.

En résumé, je crois pouvoir vous présenter les conclusions suivantes relatives au traitement électrique des paralysies des cordes vocales:

1° Il n'est pas indifférent d'employer un courant faradique ou galvanique;

2° Le galvanisme, qui ne laisse à craindre aucune conséquence fâcheuse quand il est bien employé, réussit dans bien des paralysies où la faradisation échoue; il faut donc lui accorder tout l'honneur possible;

3° Le courant faradique peut aider le continu, alterner avec celui-ci avec avantage, mais il ne peut pas le remplacer:

4° Toutes ces différences sont essentiellement fondées sur l'action électrotonique du faradisme. Il parait donc que c'est de ce point que doivent ressortir les indications spéciales pour qu'elles puissent nous servir de guide dans le traitement électrique, après avoir bien reconnu la cause intime de la paralysie.

M. Krishaber expose à l'Assemblée sa méthode de *Laryngotomie inter-crico-thyroïdienne.*

L'opération de Vicq-d'Azir et de Blandin, qui consiste à fendre la membrane crico-thyroïdienne pour l'introduction d'une canule trachéale, a rencontré peu de crédit et a même été complètement abandonnée. Les chirurgiens les plus autorisés déclarent que l'espace circonscrit entre les deux cartilages est trop étroit pour y insinuer une canule et c'est cette opinion que l'on trouve exprimée dans les traités spéciaux qui en font mention, plusieurs s'abstenant même de rappeler encore ce procédé opératoire. Toutefois Nélaton l'avait mise en pratique en la modifiant, partant toujours de la donnée généralement admise qu'il est impossible de pénétrer comme le voulait Vicq-d'Azir, dans l'espace circonscrit entre les deux cartilages sans les léser. Nélaton avait soin d'échancrer le cricoïde pour élargir l'espace. Un de ses plus estimés élèves, M. Panas, a adopté ce mode opératoire, et l'a à son tour exécuté plusieurs fois. Les deux chirurgiens préféraient ce procédé à la trachéotomie.

A l'occasion d'une laryngotomie que j'ai faite sur une femme adulte chez laquelle la présence d'un goître eut rendu la trachéotomie dangereuse, j'ai observé qu'il était possible de pénétrer dans l'espace crico-thyroïdien sans léser les cartilages, il faut seulement se servir d'une canule à bec qui dispense de l'usage d'un dilatateur, et qui par sa forme conique est d'une introduction particulièrement aisée. *(Voir la figure ci jointe).*

Dans l'opération telle que je l'ai exécutée, dominé moi-même par les idées reçues, j'avais incisé le cartilage thyroïde; mais en plaçant ma canule à bec

dans l'espace crico-thyroïdien, j'ai compris la complète inutilité de cette section ; la canule ayant pénétré en effet très-aisément sans que les valves du cartilage thyroïde fussent écartées. J'ai alors répété l'expérience sur des cadavres d'adultes, et j'ai réussi dans tous les cas (18 fois sur 18) à introduire une grosse canule à bec dans l'espace crico-thyroïdien par la seule section verticale de la membrane qui unit ces deux cartilages. En mesurant l'espace crico-thyroïdien dans le maximum d'extension de la tête, j'ai obtenu les chiffres de 8 à 9 millimètres, une fois 10 et une fois 11. Mais en forçant légèrement le passage, j'ai pu introduire 4 fois une canule d'un volume exceptionnel dont le diamètre au maximum de son épaisseur était de 13 millimètres. Or, les canules d'adulte ne mesurent que 8 à 10 millimètres et le plus souvent elles sont même moins grosses.

Les mesures de l'espace crico-thyroïdien indiquées par les auteurs, sont insuffisantes par ce qu'il ne fut pas tenu compte du jeu possible des cartilages et de l'élasticité de la membrane qui les unit.

La variété de laryngotomie qui fait l'objet de cette comunication et que j'appellerai inter-crico-thyroïdienne pour la distinguer de celle qui implique l'ébrèchement ou la section des cartilages, présente un avantage très-sérieux sur la trachéotomie en ce que l'espace crico-thyroïdien, placé plus haut et plus susuperficiellement que la trachée est infiniment plus accessible que celle-ci. Les lieux de repère se trouvent en outre très nettement indiqués chez tous les sujets par la saillie des cartilages qui les circonscrivent au-dessus et audessous.

L'incision nécéssitée par cette opération peut être très restreinte et la peau une fois divisée, soit au bistouri, soit au thermo-cautère, il est possible de pénétrer dans la cavité du larynx par une simple ponction.

En résumé, exécution plus facile, vulnération moins étendue, voilà les avantages que me parait présenter la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne sur la trachéotomie.

Il n'est peut-être pas inutile d'ajouter que l'opérée dont il est question plus haut porte la canule depuis cinq mois sans que la présence de ce corps étranger dans la portion sous-glottique du larynx donne lieu à la moindre intolérance.

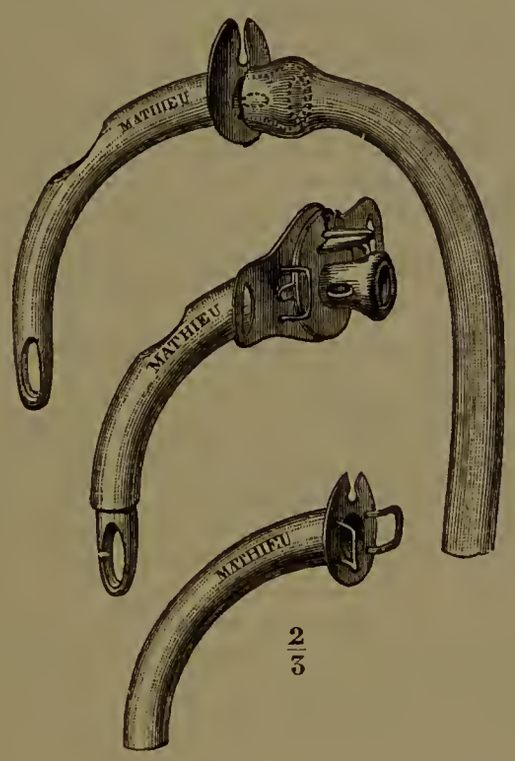
Mode d'emploi. — Qu'il s'agisse de trachéotomie ou de laryngotomie c'est la canule conductrice, qui sert de canule interne pendant l'opération. La canule conductrice dépasse l'externe par un bec aplati, conique et presque tranchant à son extrémité. Elle est en outre largement fendue des deux côtés, de façon à permettre la respiration. Par sa forme en bec elle s'approprie à l'introduction aussi facilement qu'un dilatateur qui devient par conséquent inutile. Ainsi se trouve supprimé le temps le plus embarassant de l'opération, le remplacement du dilatateur par la canule. C'est cette canule conductrice qui m'a permis de réhabiliter la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne par la facilité qu'elle donne de l'insinuer dans l'espace qui sépare le cricoide du thyroïde.

L'ensemble des deux canules, une fois placé dans la trachée (ou le larynx), le chirurgien retire la canule conductrice et la remplace par une canule interne ordinaire.

S'il survient une hémorrhagie, on retire la canule interne et on introduit à sa place la canule flexible en spirale. Celle-ci étant dépourvue de plaque, est maintenue au moyen d'un simple fil passé dans le trou qui se trouve dans l'une de ses extrémités. On glisse ensuite la canule externe sur la canule flexible, de façon à ce que cette dernière soit laissée seule en place.

La plaie est rendue de cette façon accessible dans tous les sens, et le chirurgien, tout en ayant assuré la respiration et empêché l'écoulement du sang dans les voies respiratoires peut à son aise aller à la recherche des vaisseaux qui saignent.

La canule flexible trouve en outre un emploi journalier pour les pansements de la plaie, qui, avec la canule ordinaire sont rendus difficiles à cause de la plaque qui couvre la plaie. Grâce à cette canule on peut ainsi, une ou deux fois par jour, mettre à nu la plaie, la panser avec des solutions antiseptiques, et la toucher au nitrate d'argent lors du bourgeonnement.



Canule nouveau modèle.

La canule flexible a encore un autre but. Dans les cas de rétrécissement de la trachée par compression venant du dehors (goître suffocant, tumeurs du médiastin, etc.) cette canule pouvant prendre, grâce à sa flexibilité, la forme de la trachée déviée, peut être aisément insinuée jusqu'à la bifurcation de la trachée.

J'ai eu occasion de l'employer dans des cas de compression de la trachée qui auraient infailliblement amené la mort par suffocation, si je n'avais pas eu à ma disposition cette canule flexible. C'est dans la prévision d'un pareil emploi que je l'ai fait faire plus longue que les autres canules; mais lorsqu'on l'emploie pour les pansements, on a soin de ne pas la plonger de toute sa longueur.

Une canule, en forme de gouttière, peut à son tour remplacer la canule externe. Elle est introduite exactement comme la canule flexible dont il vient d'être question. Taillée en gouttière, elle permet l'introduction des instruments pour la recherche des corps étrangers et des végétations du larynx, par ce qu'il est aisé d'introduire une pince dans l'intérieur de cette canule en gouttière.

Calibre de la canule. — Comme il résulte des recherches que j'ai faites en commun avec M. de Saint-Germain, chez l'enfant, les dimensions de la trachée correspondent plus exactement à la taille qu'à l'âge, j'ai pris pour base du calibre de mes canules, la longueur du corps de l'enfant en mettant entre chaque numéro des canules (il en est cinq pour l'enfant), une différence de millimètres de diamètre. Les trois canules d'adulte qui suivent cette filière augmentent de grosseur dans la même proportion. Le jeu complet est par conséquent de huit numéros, et dans ce nombre le N. 5° sert d'intermédiaire suffisant pour l'adulte; il trouve son emploi aussi dans la seconde enfance.

Chacune des canules externes d'enfant, porte frappée en chiffres nettement visibles, à gauche, la longueur du corps de l'enfant, et en bas, au-dessous de l'orifice, l'indication millimétrique de la lumière de la canule.

L'ensemble des canules qui viennent d'être décrites ont pour but:

1° De faciliter la trachéotomie en dispensant l'opérateur de l'usage du dilatateur (canule conductrice).

2° De permettre sur l'adulte et sur l'enfant (à partir de l'âge de 10 ans environ) la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne, opération plus inoffensive et d'une exécution infiniment plus aisée que la trachéotomie (même canule conductrice).

3° De permettre d'arrêter les hémorrhagies tout en maintenant la canule en place (canule flexible en spirale).

4.° De rendre la plaie franchement accessible pour les pansements journaliers et la cautérisation des bourgeons charnus (même canule en spirale).

5° De permettre l'enlèvement des fausses membranes et l'extraction des corps étrangers et des végétations du larynx (canule en gouttière).

M. Stoerk fait des objections à la méthode de M. Krishaber surtout à propos de l'hémorrhagie. Il dit qu'en Allemagne on préfère inciser les tissus couche par couche et lier les vaisseaux au fur et à mesure qu'on les divise.

M. Zawerthal et M. Elsberg s'accordent avec M. Krishaber en admettant les avantages de l'opération par lui proposée mais ils observent que dans quelques cas il est nécessaire d'opérer plus bas, c'est-à-dire pratiquer la vraie trachéotomie pour obvier à l'obstruction de la respiration, et dans d'autres cas s'il suffit une ouverture faite si haut on pourrait réussir à donner passage à l'air par une opération endolaryngienne.

M. Stoerk montre plusieurs instruments fabriqués d'après ses données par la Maison Reiner de Vienne. D'abord il fait voir ses canules trachéales avec appareil pour la dilatation laryngienne. A une canule en métal, à peu près comme les communes, on adapte, en l'introduisant par l'ouverture externe et le dirigeant en haut à travers la fente (un peu plus longue que d'ordinaire) qui se trouve dans la partie convexe de la canule même, un dilatateur à deux branches qui s'éloignent l'une de l'autre moyennant une vis. La dilatation peut

s'effectuer d'avant en arrière, ou d'un côté à l'autre selon la disposition des branches.

Ensuite il montre une canule trachéale où l'on a substitué à l'ouverture sur la partie convexe une série de trous afin d'empêcher que les granulations s'y introduisent comme on a à s'en plaindre souvent.

Un autre instrument c'est son serrenoud dernièrement modifié et perfectionné. Le manche permet une plus grande excursion entre l'anneau pour le pouce et les anneaux pour l'index et le doigt du milieu de manière à pouvoir serrer des anses très larges: les porte-anses qui s'adaptent au manche peuvent se plier pour donner à l'anse différentes directions.

M. Stoerk présente aussi son manche pour les instruments de galvano caustique laryngienne. Le manche est soutenu par le pouce et le doigt du milieu qui s'enfilent dans deux anneaux, lesquels se trouvent long le bord inférieur. En rapprochant les deux anneaux on serre l'anse; quand on veut faire passer le courant il n'y a qu'à presser avec l'index un levier qui se trouve sur le bord supérieur du manche; par conséquent avec ce manche on peut avoir les deux actions de serrement de l'anse et de cautérisation séparément ou simultanément.

(Voir pour les détails sa *Clinique des maladies du larynx, du nez et du pharynx*. Stuttgard, 1880).

La séance est levée à midi.

TROISIÈME SÉANCE

3 Septembre 1880.

La séance s'ouvre à 2 heures de l'après midi.

Président : M. Labus; Vice-Présidents : MM. Ariza, Elsberg, Krishaber, Stoerk; Secrétaires : MM. Frua, Urbino, Zawerthal.

M. le Président accorde la parole à M. Masucci qui expose *quelques considérations sur le spasme de la glotte chez les adultes.*

Messieurs!

Je vous ferai la relation d'un cas simple mais intéressant, qui contribue à illustrer l'histoire étiologique du spasme de la glotte chez les adultes. Cette déclaration est d'ailleurs indispensable, car vous savez combien les causes du laryngisme sont différentes dans l'enfance et dans l'âge adulte. Dans l'une, en effet, nous voyons de préférence les lésions cérébrales et osseuses, les tumeurs du cou, le thymus, etc.; qui compriment le nerf récurrent, ou encore une action réflexe qui part de l'intestin, du travail de la dentition, etc.; dans l'autre au contraire prévalent les troubles locaux, ou une simple hyperesthésie de la muqueuse. Donc, la maladie peut se considérer avec raison essentiellement différente dans les deux périodes de la vie; et en thèse générale on peut dire, que les causes du laryngisme sont à rechercher: chez les enfants ailleurs que dans le larynx, chez les adultes dans l'organe de la voix, sauf le cas, où existerait une maladie organique cérébro-spinale.

Je vous dirai avant tout l'observation clinique et puis je soumettrai à votre jugement éclairé, les corollaires cliniques qu'on en peut déduire.

J'ai été consulté il y a quelques années par un jeune homme de la province romaine, très-vigoureux, de formes athlétiques et de très bonne constitution. Disposé aux catarrhes de la gorge, il avait été pris tout à coup, et cela depuis quelques mois, d'accès nocturnes qui l'empêchaient de respirer. Sa voix était parfaite. Le spasme n'était ni grave ni long, mais malgré cela le malade en était épouvanté et en craignait le retour et l'exaspération.

Un examen attentif des données anamnestiques et de tout le corps, me fit immédiatement rejeter la syphilis et maladie toute cardiaco-vasculaire, broncho-

pulmonaire ou cérébrale comme cause du spasme. Et permettez-moi de remarquer, que le tableau que le malade me faisait de la maladie qui le travaillait était tel à ne me laisser aucun doute sur son caractère spasmodique.

Comme je disais donc, le cœur, les poumons, le système nerveux cérébral et de la moelle épinière étaient en parfaites conditions; nul indice qui pût faire soupçonner une maladie cachée de la moelle, ou bien une pression sur les nerfs récurrents causée par un fait morbide quelconque. De sorte que je pouvais procéder à l'examen laryngoscopique avec la conviction d'arriver après un résultat positif ou négatif à des conclusions diagnostiques exactes. Mais la cavité laryngienne bien développée, spacieuse, à cause de la favorable position de l'épiglotte, ne présentait que les signes d'un léger catarrhe : le mouvement d'adduction et d'abduction des cordes était parfait, la trachée libre, de sorte que je dus à tort ou à raison, formuler ainsi mon diagnostique: hypérémie chronique du larynx, hyperesthésie, spasme récourant des adducteurs. Mais j'avoue, que moi-même je n'étais pas satisfait de mon avis, auquel du reste j'étais nécéssairement arrivé tout en ayant le soupçon d'une cause cachée, qui provoquait la névrose. Nous savons, il est vrai, que certains catarrhes subaigus des premières voies peuvent occasionner le spasme, et nous nous en rendons compte par l'excitation produite par le manque de sécrètion, le chatouillement de la muqueuse, et une exquise sensibilité de cette même muqueuse, qui accompagne souvent les catarrhes légers. Je pourrai à l'appui de cela référer ici un bon nombre d'observations de spasme de la glotte, lequel n'était provoqué que par la sécheresse, suite d'une pharyngite intense et sèche, spasme qui se calmait dès que la muqueuse était lubrifiée par un mucus liquide et abondant. Je crois donc, que dans certains cas, comme par exemple celui-ci, qui mérite toute l'attention du clinicien, les solutions alcalines ou salines sont plus efficaces que le bromure, la morphine et autres remèdes sédatifs. Mais quand l'irritation est habituelle le premier phénomène qui cède est le spasme; et dans le cas en question, la durée était chronique et la lésion anatomique insuffisante à expliquer les faits. Tout cela bien considéré, je conseillai un traitement hydrothérapique fait avec soin, le bromure de potassium et quelques pulverisations alcalines.

Trois mois après il revient me trouver et me dit, que, son état s'était beaucoup amélioré; le spasme avait presque disparu, et il ne se renouvelait que très légèrement, et à de très longs intervalles; de sorte que par simple devoir envers le malade, je pratiquai de nouveau l'examen du larynx. Imaginez-vous Messieurs, ma surprise quand je m'aperçus qu'en faisant inspirer profondément le malade, on voyait sur la surface inférieure de l'angle de réunion des cordes une petite tumeur de la grosseur d'un grain d'orge, lisse, ovoïde, de couleur rosée, dont le tiers antérieur était caché sous l'angle de conjonction des cordes, lesquelles cordes pendant la phonation n'étaient pas entravées dans leur mouvement de rapprochement.

Comme j'avais présenté ce malade dès la première fois à M. Massei qui comme moi n'avait rien trouvé dans le larynx, je crus de mon devoir de le consulter de nouveau. Tous deux nous dûmes reconnaître qu'il s'agissait d'un petit fibrome sous-glottique, et que pendant le temps où se préparait son évolution, cette tumeur représentait un élément eccito-moteur du spasme, mais qu'ayant augmenté ensuite jusqu'à ce qu'on pût la découvrir avec le laryngoscope, elle était devenue un stimulus habituel; voilà pourquoi elle ne provoquait plus, qu'à de longs intervalles et par voie réflexe le spasme des cordes.

Comme le malade se croyait guéri, et qu'il n'y avait pas d'autres troubles fonctionnels; — que la tumeur très-petite encore, semblait devoir croître bien lentement, et qu'elle siégeait dans une région assez difficile à atteindre; d'accord avec M. Massei nous décidâmes, que le conseil le plus prudent était celui de s'abstenir de tout traitement opératif, sauf le cas où nous y serions obligés par l'augmentation de volume de la tumeur. Nous déclarâmes à notre malade, et avec la plus grande franchise, ce que nous en pensions, et nous l'invitâmes à se faire observer de temps à autre, même dans le cas où rien de nouveau ne surviendrait; il y a de cela plusieurs mois, et je ne l'ai plus revu.

Messieurs! Le fait est trop éloquent pour ne pas y appeler votre attention. S'il est vrai qu'en clinique l'observation et l'expérience sont les guides les plus sûrs, il est juste que parmi les causes du spasme de la glotte des adultes, on range aussi les tumeurs sous-glottiques, qui par la petitesse de leur volume et leur siége exceptionnel peuvent échapper à l'œil du laryngoscopiste le plus expérimenté, et qui par leur position ne provoquent d'autre symptôme morbide que le spasme. Quant à cela il faut tenir compte d'un paradoxe, c'est-à-dire, que le spasme avec son caractère d'intermittence, son mouvement réflexe et sa contraction involontaire peut diminuer, à mesure que la tumeur augmente de volume, chose qui peut s'expliquer d'une seule manière, mais qui est cependant en parfait accord avec les lois physiologiques qui nous apprennent, que la sensibilité très développée de la muqueuse peut diminuer, quand la stimulation se rend habituelle. Quand il s'agit d'une maladie à marche chronique avant de croire à une simple névrose, même dans le cas où l'examen laryngoscopique serait négatif, il faut aussi songer à un fait organique qui pourrait bien échapper au premier abord, et qui n'a que le spasme des cordes vocales pour seul phénomène morbide.

La parole est donnée ensuite à M. Baréty qui entretient l'assemblée *Sur la laryngite striduleuse, ou faux croup, considérée comme un des symptômes de l'engorgement aigu des ganglions lymphatiques trachéo-bronchiques.*

La laryngite stridulcuse, ou faux croup (1), a été confondue, jusqu'à la fin du dernier siècle, avec le croup, et depuis maintes fois avec le spasme de la glotte proprement dit, particulièrement par les auteurs anglais. Les auteurs français sont à peu près unanimes pour la distinguer du spasme de la glotte.

Mais si le faux croup occupe une place marquée dans le cadre nosologique, au point de vue symptomatologique, il n'en est pas de même au point de vue de sa véritable cause et de sa nature.

Les auteurs les plus recommandables, après avoir fait une description clinique exacte de cette affection aiguë, se trouvent en présence de difficultés (insurmontées jusqu'à ce jour) quand il s'agit de localiser l'affection, au point de vue anatomique, et d'indiquer le mécanisme des troubles respiratoires et phonétiques qui caractérisent l'affection.

(1) Synonymes: Asthme de Millar (on the asthma hooping-cough. 1769). — Asthme aigu (Wichmann, Doubles). — Asthme de Wichmann. — Angine striduleuse (Bretonneau). — Laryngite striduleuse. — Pseudo-croup (Guersant). — Asthme spasmodique (Fleisch, Henke, Wendt, etc). — Croup intermittent. — Croup nerveux. — Inspiration rauque, etc., etc.

Notre but, dans ce travail, est de contribuer à dissiper ces obscurités en essayant de grouper les données anatomiques, physiologiques et cliniques que notre propre observation, et la lecture des auteurs, nous ont permis de recueillir et qui, selon nous, prouvent amplement que la laryngite striduleuse est une affection caractérisée par un trouble fonctionnel de la glotte, reconnaissant pour cause prochaine une perturbation fonctionnelle des nerfs récurrents étroitement liée à l'engorgement aigu ou subaigu des ganglions trachéo-bronchiques.

Nous n'avons pas le moindre doute que, si on faisait une enquête dans les familles et si on étudiait les antécédents de tous les enfants qui présentent ou ont présenté les signes manifestes d'une adénopathie bronchique, on ne trouvât notées une ou plusieurs attaques de faux croup à une époque plus au moins reculée.

Nous connaissons, pour notre part, plus de dix familles dans lesquelles les enfants ont eu le faux croup, et ont été atteints, concurremment, de congestions ganglionnaires bronchiques aiguës ou en ont présenté les traces lors d'une observation faite postérieurement à l'époque de l'accès.

Nous ne connaissons, d'autre part, aucun cas de faux croup observé par nous qui n'ait coïncidé avec un engorgement ganglionnaire trachéo-bronchique aigu, à des degrès variables d'ailleurs. Toujours les enfants ont présenté, plus ou moins prononcés, les attributs du tempérament lymphatique, et bien souvent l'un des parents était atteint de tuberculose pulmonaire, ou bien encore la tuberculose, avec ou sans adénopathie trachéo-bronchique, existait chez l'oncle ou chez la tante.

Ne voulant pas multiplier les exemples outre mesure, nous nous bornerons à faire une revue sommaire de sept familles que nous désignerons par les initiales de leurs noms: ce sont les familles R. G. C. B. A. I. et D.

Famille R.

(Les enfants sont au nombre de six).

Observation I. — N.° 1 (fille), née le 7 juin 1868.

Elle a eu une dentition très difficile. En janvier 1871, elle a été atteinte de la rougeole. Cette fièvre éruptive n'eut aucune suite mauvaise. En 1873, étant âgée d'environ 4 ans $^1/_2$, elle eut pour la première fois, et pendant la nuit, une attaque assez violente de *faux croup*. A la fin de 1874, et au commencement de 1875, elle fut atteinte, durant plusieurs semaines, d'impétigo du cuir chevelu. Du 10 novembre au 10 décembre de la même année, je la soignai pour une congestion du sommet droit avec adénopathie trachéo-bronchique aiguë, très intense, au point de masquer la poussée congestive du sommet. Elle se remit de cette affection aiguë, mais en conservant des traces de l'engorgement ganglionnaire. En 1877, au mois de janvier, elle se refroidit de nouveau, et de nouveau elle eut de l'engorgement ganglionnaire bronchique aigu, enté sur le chronique mais moins prononcé que précédemment.

Dans l'hiver de 1877-1878, elle fut atteinte d'une adénite cervicale droite qui faillit suppurer, mais qui parut céder à l'usage interne du chlorure de calcium en solution.

Vers la fin de 1878, j'examinai sa poitrine et je trouvai des traces d'adénopathie trachéo-bronchique à droite (fort peu à gauche) avec élévation de la tonalité dans le creux sus-claviculaire du même côté.

En octobre de cette même année, ayant eu l'occasion de l'examiner de nouveau, je constatai la disparition complète de ces modifications pathologiques.

Observation II. — N. 2 (garçon), né le 3 février 1870.

A six semaines, intertrigo fessier; à 4 mois, coqueluche durant 6 ou 8 semaines; à 1 an ½, impétigo de tout le cuir chevelu, en été, durant plusieurs mois.

En janvier 1873, à l'âge de 3 ans, rougeole intense contractée de sa sœur ainée; accompagnée de bronchite pendant près de six semaines, avec fièvre tous les soirs. A la suite, sujet à une toux rauque, et accès de *faux croup*, quatre ou cinq dans l'espace de deux ans, survenant la nuit, et durant de 15 à 20 minutes.

Lorsque je le vis pour la première fois, le 3 juillet 1875, il souffrait encore des suites de la rougeole, et en explorant la poitrine, je constatai des signes d'un engorgement des ganglions trachéo-bronchiques: matité presternale, tonalité élevée à la percussion au dedans de la fosse sus-épineuse droite, avec souffle expiratoire, quelques sifflements bronchiques, de la toux rauque, aboyante parfois, etc. Je fis appliquer quelques légers révulsifs sur la poitrine et prescrivis des gouttes de teinture d'iode à l'intérieur. Bientôt tous ces troubles divers s'amoindrirent et toutes traces perceptibles d'adénopathie disparurent, ainsi que la toux.

Durant les années 1877-1878, il n'eut à souffrir que de quelques légers refroidissements, pendant lesquels il survenait quelques accès de toux rauque. En même temps, la percussion indiquait, dans les régions ganglionnaires de la cavité thoracique, un peu d'élévation dé la tonalité, accompagnée parfois d'un léger souffle expiratoire, et habituellement d'une diminution relative du murmure respiratoire du côté droit.

Vers la fin d'octobre 1878, il s'est mis à tousser aux premiers froids et j'ai constaté les mêmes modifications du côté du thorax, un peu plus accusées peut-être que dans les deux dernières années, au moment des poussées aiguës, à la suite d'un refroidissement. La toux était rauque, survenait par accès, surtout la nuit, mais sans trouble de la respiration.

Observation III. — N. 3 (garçon), né le 23 janvier 1871.

Dentition difficile. En janvier 1873, rougeole bénigne, sans suite, contractée de sa sœur et de son frère aînés.

En 1877, il eut une attaque légère de *faux croup* dans la nuit. Depuis il a parfois une toux rauque. Je ne le vis pas à cette époque et ne pus m'assurer de l'état de la poitrine.

Vers la fin d'octobre de l'année 1878 il s'est enrhumé, comme son frère aîné, aux premiers froids, et j'ai pu constater des signes d'un engorgement des ganglions trachéo-bronchiques.

Je fus appelé à l'examiner le 29 octobre: il toussait depuis 2 ou 3 jours, surtout la nuit, mais on n'a pas pu me dire si la toux était rauque la nuit. Il a toussé devant moi le jour, mais la toux n'avait aucun caractère de raucité.

Il n'y avait pas de fièvre, mais seulement un peu d'anorexie et une légère fatigue se peignant sur la physionomie.

A l'examen du thorax: tonalité élevée à la percussion à l'extrémité interne de la fosse sus-épineuse droite, avec respiration rude (inspiration aiguë, expiration prolongée légèrement soufflante), tendance à la respiration granuleuse et retentissement légêr de la voix. Dans tout le reste de l'étendue du poumon: diminution manifeste du murmure respiratoire.

Rien à la base. Le poumon gauche est indemne.

En avant, submatité à la région sterno-claviculaire droite (tonalité élevée à la percussion), souffle doux, profond à ce niveau; diminution du murmure respiratoire ailleurs. Rien dans la fosse sus-claviculaire.

Quelques précautions hygiéniques sont employées, et l'enfant tousse moins, mais une semaine plus tard, il se refroidit encore et la toux reparait sans raucité, mais sèche, nerveuse.

L'état général est bon.

Le 10 novembre, j'explore la poitrine de nouveau. Les signes locaux se sont accusés et étendus.

Nous trouvons un foyer de matité, au niveau des ganglions trachéo-bronchiques, à droite en arrière, et au niveau de la région sternale, en avant, et de la tonalité élevée dans les creux sus et sous-claviculaires, dans la fosse sus-épineuse et dans la moitié droite de l'espace interscapulaire, au niveau de l'extrémité supérieure du lobe inférieur.

Dans la fosse sus-épineuse droite, la matité va en augmentant de dehors en dedans, de même, en avant, de dehors en dedans, sous la clavicule.

J'ai prescrit des gouttes de teinture d'iode, de 3 à 6 par jour.

Le 20 novembre, l'enfant allait beaucoup mieux.

Observation IV. — N. 4 (fille), née le 29 décembre 1872.

A six semaines, broncho-peumonie grave. A la suite, toux pendant 6 mois avec courts intervalles de calme.

En mai 1875, âgée de 3 ans $^1/_2$, elle eut la rougeole, puis elle toussa rauque, par quintes, surtout la nuit, jusqu'en août, époque à laquelle je l'examinai pour la première fois.

Le côté gauche de la face, et spécialement la paupière gauche étaient œdématiés. Cet œdème, d'après les renseignements fournis, était surtout accusé le matin, et parfois tout le jour, à un égal degré.

On a remarqué que, quand elle toussait ou pleurait, le cou grossissait, surtout à gauche, et que les veines y devenaient turgides.

Le corps thyroïde était légèrement développé.

Les ganglions sous-maxillaires étaient développés plus à droite qu'à gauche. A droite, ils avaient le volume d'une amande. Il existait aussi quelques petits ganglions dans les creux sus-claviculaires; enfin le ventre était développé: ce développement était habituel et tenait, selon toute probabilité, à la présence des ganglions abdominaux engorgés.

A l'exploration de la poitrine: submatité présternale, expiration soufflante, tubaire, sternale et interscapulaire; de plus, légère diminution du murmure respiratoire à droite.

Je prescrivis des gouttes de teinture d'iode, de 1 à 8 par jour, et au début même de septembre, je constatai une amélioration très grande.

Depuis elle a toussé rauque de temps en temps.

En 1877: attaque de *faux croup* la nuit.

En 1878, janvier: après un refroidissement, il survint de la toux rauque, sans accès véritable, avec fièvre, et je constatai une poussée congestive du côté des ganglions trachéo-bronchiques.

En novembre 1878, les mêmes troubles se sont produits, mais plus intenses.

Le 30 octobre, deux jours auparavant, la température ayant baissé rapidement depuis quelques jours, elle avait pris froid, s'était plaint de douleurs dans l'oreille et au cou, à gauche, ainsi que dans la gorge.

Dans la nuit du 31 octobre au 1er novembre, vers quatre heures du matin, elle fut prise d'un nouvel accès; elle se réveilla en sursaut dans un accès de dyspnée avec inspiration sifflante et difficile, et toux rauque. Cet accès fut de courte durée et relativement peu intense.

Dans la matinée, les paupières du côté droit et surtout la supérieure, étaient très œdématiées, tandis que les conjonctives étaient dans un état normal. Le cou, à droite, était aussi un peu œdématié et les veines plus apparentes qu'à gauche.

Le trajet du pneumogastrique au cou et à la naissance du cou n'était pas douloureux, et il n'existait pas de fièvre, seulement l'appétit était nul.

A la partie interne de la région sous-claviculaire droite, on entendait un bruit de souffle expiratoire rude, intense, plus aigu que le bruit d'inspiration, qui était lui-même un peu rude.

Ailleurs, dans tout le reste de la poitrine, le murmure respiratoire était plus faible qu'à gauche, mais avec un timbre particulier *rude-sibilant*. La voix et la toux rauque retentissaient au sommet droit, en arrière, et les vibrations y étaient augmentées à la palpation.

La partie interne ou spinale de la fosse sus-épineuse était mate, et au dessus de cette matité existait une zone de submatité correspondant au sommet du lobe inférieur.

Cette matité existait, quoique moins accusée ; et au degré de simple tonalité élevée, dans le restant de la fosse sus-épineuse et dans le creux sus-claviculaire.

Je fis appliquer un vésicatoire volant et donner une potion expectorante.

Le soir, tous les signes d'auscultation et de percussion étaient considérablement diminués. L'enfant respirait mieux et elle avait peu toussé, mais toujours un peu rauque. Je constatai un peu de fièvre.

Dans la nuit du 1er au 2 novembre, elle eut, vers 4 heures du matin, un nouvel accès, mais sans dyspnée et très peu accusé.

La langue était un peu blanche dans la matinée du 2.

Les paupières droites, encore un peu œdématiées la veille au soir, ne l'étaient plus le 2 au matin.

Les bases des poumons qui présentaient un peu d'obscurité à la percussion la veille, sont sonores jusqu'à leur extrême limite et, au sommet, la matité a fait place à une très légère submatité. En ce point, le souffle expiratoire est très doux et le murmure respiratoire s'entend mieux dans toute l'étendue du poumon droit.

L'enfant tousse encore un peu rauque de temps en temps, mais ne présente pas de fièvre.

La nuit suivante il n'y eut plus d'accès.

Traitement :

Mauve, lait et sirop de baume de tolu ; fumigations avec infusion de feuilles d'eucalyptus.

Le lendemain, je constatai une grande amélioration dans l'état général et local. L'appétit était revenu et comme il existait encore un peu de toux plutôt gutturale, je donnai une petite potion calmante.

Le jour suivant l'amélioration ne fit que s'accentuer davantage, et le 8 octobre c'est à peine si l'on constatait au niveau de la racine des bronches, les traces d'un engorgement ganglionnaire.

J'ai tenu à rapporter avec quelques détails les phases de cette nouvelle poussée congestive du côté des ganglions trachéo-bronchiques pour bien montrer la relation, d'ailleurs manifeste, entre les accès de faux croup et l'engorgement.

Observation V. — N. 5 (garçon), né le 18 mai 1875.

Je le vis pour la première fois lorsqu'il n'avait que 3 semaines. Il était atteint d'une double hernie ombilicale et inguinale droite, avec eczéma interfessier, scrotal, préputial et crural.

A l'âge de 2 ans et 2 mois, dans la nuit du 12 au 13 février 1878, je fus appelé auprès de l'enfant. Il avait été pris d'un accès léger du *faux croup*, gêne subite de la respiration avec face d'un rouge livide, toux rauque, voix claire, fièvre légère.

La gorge était un peu rouge. Pas de dépôt blanc.

L'auscultation ne révélait aucun bruit morbide. Deux jours après, le 15 février, je constatai que l'enfant était plus fatigué, la température était de 37°,7, le pouls à 116 et la respiration à 48. Je l'examinai avec soin et je constatai de la matite interscapulaire à droite et à gauche, mais surtout à droite, et de la sonorité sternale.

A la base des poumons, submatité avec râles muqueux. La voix retentit un peu

entre les omoplates. Pas de souffle. Le matin j'avais fait donner un vomitif. Je fis appliquer, le soir, un vésicatoire volant.

16 février. Le lendemain matin, mieux: peu ou pas de fièvre. La respiration se fait mieux, toux plus modérée. La voix est légèrement voilée le matin, mais claire le soir.

Il existe toujours de la matité avec retentissement de la voix entre les omoplates, mais surtout à droite. Il existe aussi de la submatité à la base droite seulement, avec quelques râles muqueux.

Le 17 février, ces râles avaient disparu, mais la toux était opiniâtre par moment, sans être quinteuse.

Les signes d'adénopathie persistent. Au niveau du sternum on constate une élévation de ton à la percussion profonde.

Le 18 février, toux coqueluchoïde dans la nuit qui a précédé, et fièvre la veille au soir. Pas de râles dans la poitrine.

Même état de la poitrine au niveau des ganglions trachéo-bronchiques.

20 février, amélioration manifeste; nous sommes au 1er jour de la maladie.

Le 21 février, il ne reste que des traces très faibles de l'engorgement ganglionnaire.

Les jours suivants la guérison se confirme.

Dans la nuit du 9 au 10 décembre de la même année, à l'âge de 2 ans ½, l'enfant eut encore une attacque de faux croup avec des signes manifestes d'adénopathie trachéo-bronchiques toujours plus accusés du côté droit.

Dans la nuit du 6 au 7 mars 1879, à l'âge de 3 ans 10 mois, nouvel accès et, de nouveau, signes d'adénopathie.

Observation VI. — N. 6 (garçon), né le 19 décembre 1876.

En février 1878, âgé de 2 ans 2 mois, il a été pris d'accès de toux nocturne, avec adénopathie aiguë en même temps que son frère.

En novembre, dans la nuit du 11 au 12, deuxième accès avec toux rauque et voix voilée, avec signes d'adénopathie aiguë.

Le traitement de l'état aigu a toujours été à peu près le même. Vomitif, sinapismes, cataplasmes sinapisés, papier Fayard, ouate, flanelle, vésicatoire. Potions expectorantes et calmantes.

Dans l'intervalle des accès: badigeonnages de teinture d'iode, sur le haut de la poitrine. Gouttes de teinture d'iode à l'intérieur, ou potion iodurée. D'autres fois, chlorure de calcium.

L'étude générale de la santé de la famille R.... prête à quelques remarques intéressantes: le père est Autrichien et de tempérament lymphatique; la mère est Française, mariée très jeune et fatiguée par les nombreuses couches qu'elle a eues y compris une fausse-couche.

Les enfants vivants, au nombre de six, sont tous douées d'un tempérament lymphatique, deux n'ont pas eu d'impétigo, ni d'eczéma: le 3e et le 6e. Le 3e est celui qui est le moins lymphatique de tous et aussi le plus fortement constitué, aussi n'a-t-il eu que deux petites attaques de faux croup à 6 et à 7 ans, avec un engorgement ganglionnaire médiastinal très peu accusé et de courte durée.

L'ainé des enfants (une fille), est assez forte quoique lymphatique, elle n'a eu qu'*un accès* à l'âge de 4 ans ½.

Le second (garçon) est très lymphatique et d'un caractère très mou. Il a eu au moins 4 *accès*, à 3 ans, à 4 ans, à 5 ans et à 8 ans.

Le 4e (une petite fille) est très lymphatique et a souffert longtemps d'un engorgement ganglionnaire abdominal (carreau). Elle a eu *sa première attaque*, à 3 ans, puis une *deuxième* à 5 ans et une autre à 6 ans.

Les deux derniers enfants (deux garçons) ont été atteints plus tôt; il importe de dire que j'ai pu les observer depuis leur naissance.

L'un d'eux, le 5e, a eu *trois attaques* la première à l'âge de 2 ans, la 2e à 3 ans ½, la 3e à 4 ans environ. Enfin l'autre, le 6e, en a eu *deux*, l'une à 2 ans et l'autre à 3 ans.

Chez tous, les attaques ont été en s'amoindrissant : la première ou les premières, ont été assez violentes et les autres de moins en moins accusées. Et pourtant la disposition aux engorgements était la même. J'en conclus que la violence de l'accès tenait essentiellement à l'étroitesse relative de la glotte, et peut-être pour une certaine part, aux progrès plus rapides de l'engorgement ganglionnaire dans un temps donné.

Chez tous la poussée congestive aiguë, ou mieux suraiguë des ganglions trachéo-bronchiques a été consécutive à un refroidissement.

Famille G.

Vient ensuite la famille G....

Cette famille se compose de 5 enfants, 2 filles et 3 garçons.

Les deux filles aînées sont nées d'un premier lit. La mère est morte de phthisie pulmonaire à la suite d'une grossesse.

Le père est lymphatique.

Observation VII. — N. 1 (jeune fille), née le 18 septembre 1865.

Douée d'un tempérament lymphatique : joues épaisses, tissus mous et derme transparent.

Atteinte de *faux croup* à l'âge de 3 ans, dans la nuit. Les nuits suivantes, elle eût de nouvelles atteintes, mais légères et suivies d'un léger rhume. En 1878, ayant été appelé pour la soigner d'une amygdalite, je constatai un engorgement ganglionnaire médiastinal à droite, perceptible en avant et en arrière.

Observation VIII. — N. 2 (jeune fille), la cadette, née en mars 1867.

A eu une attaque de *faux croup* très violent à l'âge de 6 mois. Elle a le même tempérament que l'aînée à laquelle elle ressemble, d'ailleurs, beaucoup.

Des trois autres enfants nés d'un second lit, les deux premiers ont eu une attaque de faux croup.

Observation IX. — N. 3 (garçon) né le 18 décembre 1872.

A eu une attaque de *faux croup* violent à l'âge de 3 ans, à minuit. Cette attaque s'est répétée la nuit suivante, mais moins intense. Il y eut un léger rhume à la suite, depuis, chaque bronchite commence par une toux rauque sans accès vrai.

En 1878, je constatai de l'adénopathie trachéo-bronchique.

Observation X. — N. 4 (garçon), né le 7 septembre 1874.

Attaque de *faux croup* légère à l'âge de 3 ans.

Famille C.

En troisième lieu vient la famille C.

Le père est Français et la mère Russe et, comme la plupart des Russes, très lymphatique.

Les enfants, au nombre de 3, sont nés en Russie.

Observation XI. — N. 1 (fille), née le 15 juillet 1872.

Elle a été atteinte de *faux croup* plusieurs fois d'après les renseignements de la mère.

La première fois, elle n'avait que quelques mois, et la deuxième fois il y a quatre ans environ.

Elle a eu la coqueluche, dans l'été de 1878, en même temps que les deux autres enfants. La durée a été de trois mois et n'a pas laissé de toux à la suite.

Observation XII. — N. 2 (fille), née le 20 octobre 1875.

A l'âge de 9 mois, et à l'âge de 2 ans, elle a eu le *faux croup*.

En janvier 1879, elle fut prise d'un engorgement aigu des ganglions trachéo-bronchiques droits avec congestion du sommet du poumon correspondant. La résolution eut lieu au bout de quelque temps, en trois ou quatre jours environ.

Observation XIII. — N. 3 (garçon), né en mai 1877.

S'est enrhumé en janvier 1879 avec toux coqueluchoïde.

En même temps, engorgement des ganglions du cou, à droite et du médiastin du même côte, avec râles sibilants dans le poumon correspondant.

Je n'ai plus eu l'occasion de revoir le garçon, et il n'avait pas été atteint auparavant de faux croup. Je cite ce cas parce qu'il prouve que la disposition aux engorgements ganglionnaires était propre à la famille.

En réalité, je n'ai jamais constaté dans cette famille d'adénopathie existant avec l'attaque de faux croup, parce que cette attaque avait eu lieu à une époque antérieure à mes relations professionnelles avec la famille, mais il est tout au moins remarquable d'avoir eu à noter de l'adénopathie trachéo-bronchique chez chacun des enfants.

Famille B.

Nous avons à citer en quatrième lieu la famille B....

Le père et la mère sont Français, le père a une constitution plutôt faible. Il a perdu son frère et sa sœur encore jeunes. La sœur est morte asphyxiée par un développement rapide des ganglions trachéo-bronchiques accompagné d'une lésion du sommet du poumon droit, et de paralysie de la corde vocale correspondante, constatée au laryngoscope. Le frère est mort de phtisie pulmonaire, dans un état de cachexie extrême. Le grand-père est arthritique et la grand-mère lymphatique.

La famille B.... se compose de 3 petits garçons.

Observation XIII.

L'aîné, âgé de 4 ans aujourd'hui, à été atteint d'un premier accès de *faux croup* au commencement de l'hiver 1878-79; puis d'un second dans la nuit du 17 au 18 mars 1879. et pour lequel je fus mandé vers minuit.

Quand j'arrivai, l'accès était fini et l'enfant dormait tranquillement. La respiration était bonne et le pouls un peu ralenti.

J'appris que, dans la journée, il avait été gai, mais qu'il avait toussé deux fois. Quant à l'accès, qui avait été subit et intense au point d'effrayer les parents, il avait été accompagné de sifflement inspiratoire laborieux et de toux rauque.

Le matin, en explorant la poitrine, je constatai de la submatité en dedans de la fosse sus-épineuse droite.

Le lendemain, même modification ou bruit à la percussion.

Il n'y eut pas d'accès dans la nuit du 18 au 19, mais seulement de temps en temps une toux un peu rauque.

Nous avons à citer, en cinquième lieu, la famille A.

Le père est Italien et la mère Russe.

Observation XIV.

Dans cette famille se trouve un seul garçon, âgé aujourd'hui de 11 ans. A l'âge de 1 an, il eut à subir une attaque de *faux croup*. En 1879, appelé auprès de lui pour une toux opiniâtre et non quinteuse, je constatai de l'adénopathie trachéo-bronchique à gauche. Le lait phosphaté put seul faire disparaître cette toux.

Je faisais déjà alors mes recherches sur la vraie nature et la cause du *faux croup*, et c'est après avoir constaté des traces manifestes d'adénophatie bronchique que j'eus l'idée de questionner les parents sur les antécédents maladifs de l'enfant. J'appris ainsi qu'il avait été atteint de laryngite striduleuse à l'âge de 1 an. Terminons par les familles J. et D.

Famille J.

Le père est Belge et assez bien portant, la mère est Américaine et atteinte d'une induration tuberculeuse aux deux sommets et d'une affection cardiaque chronique.

Observation XV.

Il n'existe qu'un garçon, né en 1871. Je fus appelé à lui donner des soins au commencement de l'hiver 1878-79, pour une bronchite qui datait d'un mois. C'était un enfant plutôt chétif. Il avait des ganglions engorgés au cou, de chaque côté, et l'exploration de la poitrine me fit découvrir les traces manifestes d'un engorgement des ganglions trachéo-bronchiques du côté droit (matité, souffle respiratoire à la racine de la bronche droite).

En étudiant les antécédents, j'appris qu'à l'âge de 2 ans environ, il fut pris d'un accès de *faux croup* vers le milieu de la nuit, et qu'un médecin, appelé en toute hâte, avait déclaré que ce n'était rien et n'avait ordonné qu'un vomitif.

J'appris aussi qu'avant et aprés cette principale attaque, qui avait effrayé les parents, l'enfant s'éveillait parfois au milieu de la nuit en étouffant, avec du siffiement inspiratoire et de la toux rauque. Ce n'étaient que des petits accès.

Famille D.

Le père et la mère sont Français. La mère, atteinte d'induration tuberculeuse du sommet de poumon gauche.

Observation XVI.

Il existe deux enfants dans cette famille. Le premier, né le 23 mai 1872, vint à Nice avec sa mère, en octobre 1878.

Le 9 janvier 1879, je fus appelé auprès de lui pour une toux légère, qui existait depuis quelques jours et qui pourtant inquiétait fort sa mère.

En l'examinant, je fus tout d'abord surpris de trouver de la matité dans la région ganglionnaire du médiastin, à l'origine des bronches, surtout du côté droit, avec affaiblissement relatif du murmure respiratoire dans tout le côté droit.

Je questionnai alors la mère sur les antécédents de l'enfant, et j'appris qu'à l'âge de 2 ans, après un refroidissement, il se mit à tousser rauque. Cette bronchite ne fit qu'augmenter pendant 5 jours, puis cette affection qui paraissait tout d'abord simple, prit tout à coup un caractère effrayant.

La respiration devint sifflante et extrêmement gênée et la toux tout à fait rauque, aboyante. Le pouls était à 140. Pendant l'inspiration, la fourchette sternale se déprimait visiblement, il y avait menace d'asphyxie.

Cet état alarmant céda peu à peu, dans l'espace de 5 jours, grâce à un traitement énergique. La gorge avait été examinée à plusieurs reprises et n'avait présenté qu'un peu de rougeur diffuse. L'expectoration était rare et ne consistait qu'en mucosités filantes.

En réalité, il s'agit ici d'une crise de suffocation dans le cours d'un engorgement ganglionnaire trachéo-bronchique. C'était une des formes les plus graves, car l'enfant fut jugé perdu.

J'ai appris que son plus jeune frère, né le 11 mai 1876, avait eu un petit accès de toux rauque, dans la nuit, à l'âge de 2 ans.

J'ai aussi des notes sur d'autres familles, les familles H, R 2, E, etc.

La famille H est composé de 2 petites filles orphelines. La mère est morte poitrinaire.

Observation XVII.

L'aînée des petites filles fut prise de *faux croup* vers l'âge de 8 ans, mais l'accès fut court et bénin. Il y avait aussi des traces d'un engorgement trachéo-bronchique à droite.

Dans la famille R 2 se trouve un seul garçon. Le père est Français, assez bien portant; la mère est Autrichienne, et porte une induration tuberculeuse légère au sommet droit.

Observation XVIII.

L'enfant est né le 28 décembre 1872. Dans la nuit du 1 au 2 juin 1879, il fut pris subitement d'une grande gêne de la respiration, avec toux rauque aboyante, voix voilée, face rouge congestionnée. L'accès dura 20 minutes.

La veille, il s'était refroidi, et dans la soirée il s'était plaint d'une sensation douloureuse à la gorge. Je trouvai les signes évidents d'un engorgement des ganglions trachéo-bronchiques droits.

Dans la famille E, le père est herpétique, la mère lymphatique; il existe deux jeunes filles: l'une, l'aînée, est le portrait de la mère; l'autre, le portrait du père.

Observation XIX.

L'aînée eut le *faux croup* à l'âge d'un an, d'après les renseignements des parents, et plus tard, lorsqu'elle avait 11 ans, j'eus à la soigner, et depuis, maintes fois pour un engorgement manifeste des ganglions trachéo-bronchiques, les droits spécialement avec congestion du sommet du poumon correspondant. Les ganglions du cou et le corps thyroïde étaient hypertrophiés. Déjà, à l'âge de 9 ans, elle avait été atteinte d'une adénite trachéo-bronchique avec fièvre intense.

Les exemples que nous venons de citer nous permettent de faire quelques remarques intéressantes, à ajouter à celles précédemment exposées. Ainsi, on peut rencontrer tous les degrés dans cette maladie. Elle peut être grave au point de causer la mort, comme je l'ai vu une fois chez un enfant de 3 ans. Ce fut précisément un cas dans lequel un examen superficiel aurait pu faire croire à un croup vrai. Ce cas n'a pas figuré plus haut, parce que les renseignements que j'ai pu avoir sur la famille étaient insuffisants.

La maladie peut être grave sans entraîner pourtant la mort, surtout dans un bref délai: c'est lorsque l'accès, par exemple, coexiste avec un engorgement chronique, et que cet engorgement persiste plus ou moins longtemps, et compromet la santé en exposant à des récidives. C'est encore lorsque l'engorge-

ment ganglionnaire, par suite de circonstances particulières, au lieu de subir un retrait rapide, comme cela a lieu dans les cas ordinaires, augmente et devient une véritable hypertrophie et ne cède que difficilement, et après plusieurs jours d'un traitement énergique.

Enfin la maladie peut être tout à fait bénigne, comme ces petites adénites cervicales qu'un jour ou deux passés à la chambre font disparaître. Ces cas, effrayants par la soudaineté et la gravité apparente de l'accès, se rapportent plus spécialement aux faits habituels de laryngite striduleuse ou de faux croup décrits par les auteurs. Ils peuvent même avoir un caractère de bénignité plus grande et ne consister que dans de petits accès de toux rauque, sans gêne manifeste de la respiration, et passant souvent inaperçus. Parfois c'est un petit accès de toux coqueluchoïde pouvant se répéter deux ou trois nuits de suite.

Les détails consignés dans nos observations nous dispensent de refaire ici le tableau de l'accès de laryngite striduleuse, décrit avec une certaine complaisance dans tous nos traités classiques.

Mais nous voudrions pouvoir transcrire la description si complète, au point de vue symptomatique, qu'en donnent Rilliet et Barthez, et il serait facile de se convaincre aussitôt que les accès de faux croup survenus chez nos jeunes enfants sont les mêmes que ceux décrits par ces auteurs: qu'ils sont survenu dans les mêmes conditions d'âge, de symptômes précurseurs et de troubles consécutifs. Pour nous, il ne manque vraiment au tableau clinique si remarquable de ces savants cliniciens que les détails se rapportant à l'existence d'un engorgement ganglionnaire bronchique.

Si la description de l'accès est faite de main de maître, si toutes les circonstances cliniques sont fidèlement rapportées, l'article qui traite de la nature de la maladie ne donne aucune satisfaction. Après avoir rappelé que, d'après Guersant, la laryngite striduleuse consiste dans une inflammation de la membrane muqueuse laryngée, et, d'après Bretonneau, dans une phlogose catarrhale avec œdème laryngé, les auteurs non satisfaits de ces notions d'anatomie pathologique prétendent qu'elle est une affection complexe dans laquelle une congestion ou une phlegmasie laryngée, unie à une contraction spasmodique des muscles du larynx, se développe sous l'influence du catarrhe.

Mais il serait vraiment difficile d'expliquer, par ces modifications pathologiques, bien légères après tout, les cas de mort qui ont été constatés.

Cette disproportion entre le degré de la lésion et la gravité du mal n'a pas échappé aux auteurs. Ils disent, en effet: « Ce qui prouve combien l'élément inflammatoire influe peu sur la terminaison fatale, c'est que ces légères traces phlegmasiques peuvent elles-mêmes manquer, comme le prouve l' observation suivante qui appartient à Guersant.

Vient ensuite la relation de cette observation. Or, ce qui est particulièrement remarquable dans cette observation a échappé aussi bien à Rilliet et Barthez qu'à Guersant.

C'est un détail de l'autopsie qui nous donne raison en confirmant et complétant nos propres recherches. On a trouvé des tubercules dans les ganglions bronchiques. « A la nécropsie, dit Guersant, faite avec tout le soin possible, nous trouvâmes le larynx et les bronches dans l'état normal; très peu de mucus bronchique; les deux poumons parfaitement crépitants; quelques granulations tuberculeuses dans les poumons et des *tubercules dans les ganglions bronchiques*, les autres organes parfaitement sains. »

Ainsi les seuls organes malades étaient les poumons et les ganglions. Cette autopsie ne saurait être plus significative.

La science a encore enregistré d'autres cas dans lesquels on avait cru, à tort selon les idées du temps, à un succès de laryngite stridulcuse ou de croup dit intermittent, car il s'agissait de cas d'adénophathie trachéo-bronchique.

Le docteur Albers, de Bonn, cité par Jolivet (1), et qui avait pris note de l'état des nerfs vagues pendant neuf ans dans toutes les autopsies qu'il avait faites, cite, entre autres, *une observation de croup intermittent* dans laquelle l'autopsie signale un développement tuberculeux des ganglions cervicaux et bronchiques, et une union intime du nerf vague du côté droit avec ces ganglions chez une enfant de deux ans.

Le docteur Cadet-Gassicourt, dans le tome premier, p. 444, de son *Traité clinique des maladies de l'enfance,* paru en 1880, relate le fait suivant, que je crois devoir transcrire entièrement:

« Il y a quelques années, dit-il, j'avais été consulté pour un enfant, de deux à trois ans, atteint de tuberculose avancée des ganglions péribronchiques: il y avait probablement aussi quelques lésions pulmonaires, mais elles ne donnaient aucun signe, elles n'existaient pas cliniquement. J'avais constaté, par la percussion et l'auscultation, l'existence de l'adénopathie, qui se révélait aussi par les symptômes ordinaires de la compression sur les nerfs, les vaisseaux et les bronches et particulièrement par des accès de suffocation véritablement effrayants. Eh bien! ajoute l'auteur, à deux reprises, des médecins consultés avant moi avaient cru à des accès de laryngite striduleuse et porté un pronostic optimiste, tandis que le pauvre enfant, mortellement atteint, succombait quelques semaines plus tard. Un autre, appelé au moment de la suffocation croyait à un croup et proposait la trachéotomie. »

Nous avons à faire appel maintenant à un témoignage bien digne de remarque. Nous lisons en effet, à la page 20 de la *Thèse* déjà citée du docteur Jolivet. « M. Lee (*An essay on the laryngismus stridulus, or crouplike inspiration of infants.* London, 1836); et Kyll (*Archives gén. de méd.*, t. III, 1837), chez des enfants atteints de suffocation, de spasme de glotte, ont reconnu que l'une des causes les plus fréquentes de ces accidents est la pression déterminée par les ganglions cervicaux et bronchiques hypertrophiés tuberculeux, non pas sur la trachée, mais sur les nerfs vagues, et particulièrement les nerfs récurrents. »

Le docteur Hourmann, dans sa thèse intitulée: « Sur quelques effets peu connus de l'engorgement des ganglions bronchiques, passée en 1852, n'est pas moins explicite. Je me bornerai à quelques citations de ce travail remarquable.

Page 5, il dit: « Il s'agit, dans ce travail, d'une affection qui sévit sur des enfants chez lesquels on observe une inspiration anxieuse avec une expiration facile, et s'il arrive que le mal s'aggrave et que le médecin, témoin de cette angoisse inexprimable que cause tout obstacle à l'entrée de l'air dans le poumon, ait recours à l'incision des voies aériennes, il constate, avec surprise, qu'elles n'offrent aucune lésion qui puisse rendre compte des accidents terribles dont il a été témoin..... Et lorsque, enfin, on a cherché ailleurs que dans le larynx

(1) Jolivet. *Essai sur les accidents déterminés par l'altération des nerfs récurrents* (Thèse de Paris, page 41, n° 152).

Albers, de Bonn. *Recherches anatomo-pathologiques sur le nerf pneumogastrique* (*Archives gén. de méd.*, T. V, 2e série, 1834).

la cause du trouble fonctionnel survenu dans cet organe, on a trouvé les nerfs récurrents accolés à des ganglions bronchiques engorgés; ceux-ci avaient pressé, distendu, et plus ou moins décomposé les filets nerveux auxquels ils adhèrent. »

Page 25, Hourmann fait la description de la maladie qui est tout à fait celle des accès de laryngite striduleuse.

Puis à la page 27, après avoir établi le diagnostic entre la maladie qu'il décrit et le croup, l'auteur ajoute :

« Il sera beaucoup moins facile de signaler des caractères distinctifs entre la laryngite striduleuse, le faux croup et l'ensemble des symptômes qui résultent de la compression des nerfs laryngés par les ganglions bronchiques. Si on compare dit-il encore, le tableau de la laryngite striduleuse, tracé par Guersant, aux descriptions du prétendu spasme de la glotte tracé par M. Lee, par Kyll et autres, on croira qu'il s'agit d'une seule même maladie. Ne serai-je point taxé de présomption, ajoute l'auteur, si j'ose exprimer ici quelques doutes sur la valeur de ce qui est enseigné sur la *laryngite striduleuse,* le faux croup, etc. Je soupçonne, continue-t-il, que ces affections pourraient bien n'être qu'une forme légère de la maladie qui fait l'objet de ce travail. J'entends par *forme légère,* celle où le gonflement ganglionnaire s'est opéré d'une manière aiguë, avec hyperhémie et chance de résolution. »

Pour ma part, je ne puis que confirmer les soupçons de Hourmann sur la vraie nature de la laryngite striduleuse. H. Lee, Kyll et Hourmann ont jeté les bases de l'interprétation la plus rationnelle de la nature vraie du *faux croup.*

Je crois avoir porté ma pierre à l'édifice, et je désire avoir pu convaincre mes confrères comme je le suis moi-même: c'est que la laryngite striduleuse ou faux croup n'est autre chose qu'un trouble respiratoire étroitement lié à une modification pathologique des nerfs récurrents par suite de l'engorgement aigu ou subaigu des ganglions trachéo-bronchiques.

Que ce trouble respiratoire dépende d'un spasme ou d'une paralysie des cordes vocales, je ne saurais me prononcer.

H. Lee et Hourmann se prononcent pour la paralysie. Jolivet et M. Krishaber, je crois, pour le spasme, M. Jaccoud et Axenfeld sont dans la doute.

Or, si dans le faux croup il y a réellement spasme de la glotte, on s'explique que les anglais spécialement, et quelques auteurs français confondent la laryngite striduleuse avec le spasme de la glotte.

Mais qu'il y ait spasme ou paralysie, nous croyons que ce sont les nerfs récurrents qui sont en cause.

Les nerfs laryngés inférieurs ou récurrents conduisent au larynx deux sortes de filets moteurs, les uns provenant du pneumogastrique président aux mouvements respiratoires du larynx; les autres, provenant du spinal, sont destinés à la phonation.

Les ganglions trachéo-bronchiques sont disposés de telle sorte qu'une partie est accolée aux nerfs récurrents et les suit même en formant un sorte de chapelet. Or, lorsque par suite de leur engorgement ils viennent à comprimer soit le tronc du pneumogastrique avant la naissance des laryngés inférieurs, soit les laryngés inférieurs eux-mêmes, ils doivent agir aussi bien sur les filets du spinal ou filets phonétiques que sur les filets du pneumogastrique ou filets respiratoires.

Il semblerait pourtant que leur action s'exerce davantage sur les filets respiratoires que sur les phonétiques.

La gêne respiratoire de l'accès de faux croup l'indique suffisamment. D'autre part, nous avons fait la remarque que si la toux était rauque, et c'est un fait constant, la voix était le plus souvent claire. Or, comment expliquer cette différence entre la raucité de la toux et la clarté de la voix La voix et la toux supposent un effort expiratoire, mais dans la toux cet effort est nécessairement plus considérable que dans la simple émission des sons, la parole. Or, il arrive que pendant la toux, le thorax se resserre et tend à appliquer plus fortement sur les nerfs les ganglions médiastinaux hypertrophiés. Il en résulte un trouble plus prononcé dans le courant nerveux et de là une raucité qui est le résultat, soit du spasme, soit de la paralysie des cordes vocales. Dans la simple émission des sons, la pression sur les nerfs par les ganglions n'est pas, ou presque pas accrue et la voix reste claire.

Il est des cas pourtant dans lesquels la voix est voilée ou rauque comme la toux. Il est probable que cela dépend d'une plus grande pression des ganglions plus fortement engorgés.

RÉSUMÉ.

Pour nous résumer nous dirons :

1° La laryngite striduleuse ou faux croup est une affection aiguë : caractérisée par un trouble moteur de la glotte et reconnaissant pour cause un engorgement ou une congestion rapide des ganglions trachéo-bronchiques.

2° Cette affection se traduit par un ou plusieurs accès de dyspnée subite parfois effrayants, survenant le plus souvent la nuit, entre minuit et quatre heures du matin, avec sifflement expiratoire aigu, bruyant, raucité de la toux, tandis que la voix est généralement claire, congestion de la face, avec ou sans mouvement fébrile, absence ou rareté de l'expectoration.

3° Elle est habituellement précédée d'un léger catarrhe nasal, pharyngien et laryngo-trachéal, consécutif à un refroidissement rapide. Elle est souvent suivie d'un peu de toux.

4° Elle atteint les enfants âgés de 1 an à 9 ans, et particulièrement lymphatiques, nés de parents lymphatiques, scrofuleux ou tuberculeux.

Elle est compatible avec un état de santé en apparence florissant.

5° Les récidives ne sont pas rares. Parfois l'affection se borne à un seul accès, plus ou moins violent. Souvent l'accès se répète la nuit suivante, ou les deux nuits suivantes, parfois dans la même nuit. Mais les accès qui suivent le premier, dans la même atteinte du mal sont de moins en moins violents.

D'autres accès peuvent se manifester dans la même année et les années suivantes, et dans les mêmes conditions étiologiques.

Mais, avec l'âge, les accès diminuent de violence sans que pourtant la cause essentielle, l'engorgement ganglionnaire du médiastin, soit pour cela moins prononcée. Cela paraît dépendre surtout de la grandeur de la glotte qui, très petite dans le jeune âge, s'élargit plus tard.

6° Le pronostic peut être très bénin, comme il peut être très grave, jusqu'au point de causer la mort par asphyxie, dans un espace de temps excessivement court.

7° Les complications les plus habituelles lorsqu'elles surviennent sont une congestion plus ou moins aiguë de l'un des sommets; le sommet qui correspond précisément au côté où l'adénopathie est le plus prononcée; une bronchite plus

ou moins intense avec ou sans congestion des bases, et ces deux complications sont spécialement aggravées par l'engorgement ganglionnaire, par suite de la gêne que ces ganglions hypertrophiés exercent dans la libre circulation du sang et de l'influx nerveux dans les poumons en comprimant et en incitant morbidement les nerfs et les vaisseaux qui les avoisinent.

8° Les troubles laryngés se produisent par l'intermédiaire des nerfs récurrents, lesquels sont en rapport direct, dans le thorax et le long de la trachée, avec les ganglions trachéo-bronchiques.

9° Le traitement est curatif et prophylactique: il faut traiter l'accès et il faut traiter les causes, aujourd'hui connues, au moins je l'espère, de ces accès, c'est-à-dire, le tempérament lymphatique et la constitution plus ou moins faible.

En dehors de l'accès, dont le traitement consiste dans des vomitifs et des révulsifs cutanés et dans l'administration de quelques calmants, le traitement fondamental et prophylactique est le traitement anti-scrofuleux: préparations iodées, huiles de foie de morue, lait phosphaté, habitation au bord de la mer, etc., etc.

M. Massei observe que, sans mettre en doute les observations anatomiques de M. Baréty, on ne doit pas attribuer tous les cas de laryngite striduleuse à l'adénopathie trachéo-bronchique, mais qu'il faut distinguer entre laryngite striduleuse — qui n'est qu'une laryngite catarrhale des enfants caractérisée par la strideur et les accès de suffocation survenant surtout dans la nuit — et le laryngisme qui, comme névrose, peut avoir sa cause dans une lésion, ou centrale, pour rachitisme, scrofule, etc., ou périphérique. On a trop souvent invoquée cette adénopathie pour expliquer plusieurs procès morbides, spécialement la toux convulsive; il pense que l'adénopathie en soit une complication.

M. Rossbach explique sa *nouvelle méthode d'opération sous-cutanée pour l'ablation des néoformations dans l'intérieur du larynx*, dont il en a fait une communication dans la *Berliner Klin. Wochens.*, 1880, N. 5, et présente l'instrument *ad hoc*.

Il dit que sur 57 cas de néoformation laryngienne qu'il a opérés depuis le 1867, il a réussi dans 54 cas à les enlever par la voie intra-laryngienne entre 8 et 50 jours, avec le simple couteau libre qu'il préfère à tous les autres instruments, et que dans un seul cas il avait réussi le premier jour, et dans un autre le troisième jour. L'opération par la voie naturelle ne lui a pas été possible dans un cas seulement.

Il s'agissait d'un monsieur déjà âgé qui présentait au tiers antérieur de la corde vocale droite une tumeur de la grosseur d'un haricot, et chez lequel se produisaient des spasmes violents toutes les fois qu'on la touchait. Lui ayant proposé la thyréotomie, le malade s'y refusa et fût perdu de vue. Il lui vint à l'idée dans cette circonstance la méthode opératoire dont il va parler et qui donna de très-bons résultats sur les animaux et sur les hommes.

Voici la méthode: le patient se place devant l'opérateur avec une position du cou et de la tête favorable pour une bonne inspection du larynx tout-à-fait comme pour les opérations endo-laryngiennes. Le malade doit avoir appris

seulement à bien supporter l'examen laryngoscopique. Avec sa main droite couverte d'un gant grossier, il tient sa langue fixée et la tire un peu de côté, de manière à ce que le poignet ne couvre pas la ligne moyenne du cou.

L'opérateur tient le miroir de sa main gauche où le fixe dans la gorge à sa juste position (ce qui est mieux mais demande un malade très exercé) moyennant un soutien; de manière que le larynx soit bien illuminé et que l'on puisse voir l'extrémité inférieure de l'épiglotte et la commissure antérieure des cordes.

L'opérateur prend alors dans sa main droite un petit bistouri de la forme et grandeur de la figure ci jointe, mince mais fort à n'avoir pas à craindre qu'il

se plie ou se casse, le plonge quelques millimètres (le nombre des mill. dépend de la position de l'objet à opérer) au dessous de l'angle inférieur de l'échancrure supérieure thyréoïdienne à travers la lamelle du cartilage thyréoïde justement sur la ligne moyenne, et l'enfonce sur la ligne sagittale d'avant en arrière. A cet endroit on ne trouve ni à la surface antérieure ni à la postérieure de la lamelle médiane des vaisseaux sanguins de quelque importance, de manière qu'il n'y a pas à craindre l'hémorrhagie. La lamelle médiane est constituée d'un tissu cartilagineux hyalin rarement ossifié, et dans toutes les expériences que j'ai faites sur les larynx des vivants et des cadavres, et même sur ceux des vieux, le couteau entra si doucement et facilement à travers le tissu qu'il n'était nécéssaire aucun coup, mais seulement une certaine pression pour voir sortir la pointe du couteau de la muqueuse qui couvre le tiers inférieur de l'épiglotte et l'on peut donner alors au couteau la direction qui convient le plus et pénétrant davantage arriver à piquer la tumeur et à l'exciser, etc. En dehors de la douleur de la piqûre de la peau, le patient ne sent pas même l'introduction de l'instrument dans le larynx, il n'a ni toux ni envie d'avaler et l'on peut porter à terme toutes sortes d'opérations.

Chez deux malades opérés de cette manière à une il ouvrit, sans aucune difficulté et à la première introduction, un kyste qui siégeait sous la muqueuse à la commissure antérieure des cordes, et à l'autre il enleva une tumeur qui se trouvait entre le tiers externe et moyen de la corde gauche à sa marge libre.

Dans les expériences qu'il a faites sur les animaux il a pu, toujours surveillant avec le laryngoscope, enlever la muqueuse d'une corde, couper même la corde transversalement, enfin faire toutes sortes d'opérations non seulement à travers la lamelle médiane, mais aussi pénétrant par le ligament crico-thyréoïdien, il a operé au dessus des cordes et sur la paroi postérieure du cartilage cricoïde sans être molesté par la toux où la déglutition.

Tant dans les hommes que dans les animaux surviennent quelquefois des mouvements de déglutition mais il n'est pas nécéssaire d'enlever le couteau, il suffit seulement de suivre passivement les mouvements d'ascension et de descente du larynx.

Il n'y a pas à craindre d'une déviation entre le couteau et les parties laryngiennes ni d'amener des lésions aveuglément. Comme on l'a déjà dit.

il n'y a aucune hémorrhagie ni pendant ni après l'opération; s'il y a du sang il provient de la lésion de la muqueuse du polype, chose qui arrive aussi dans une opération laryngienne; quand le couteau est enlevé la blessure se ferme d'elle même hermétiquement et ne laisse presque pas de signes sur la peau; en deux ou trois jours tout est guéri et il ne reste qu'une légère doulcur obtuse.

M. Rossbach a fait fabriquer plusieurs couteaux de différentes grandeurs pour en avoir toujours d'adaptés au volume de la tumeur. La tige du couteau étant ronde, l'on peut tourner la lame dans le sens horyzontal ou vertical selon les besoins; on pourrait aussi courber la tige de manière à pouvoir arriver à certaines positions.

Quant au lieu de la piqûre on doit la faire ordinairement de 1 à 5 mil. au dessous de l'échancrure supérieure du cartilage thyréoïde si l'on veut opérer sur les cordes vocales ou au dessus d'elles. Si au contraire l' on veut opérer au dessous il faut percer plus bas et même jusqu'au ligament conique mais dans cet endroit l'on peut rencontrer des lobes accessoires de la glande thyréoïde et le rameau communiquant de l'artère crico-thyréoïdienne et avoir des hémorrhagies assez importantes sinon dangereuses.

Une piqûre de preuve même n'a pas de conséquences lorsqu'on a à faire avec un larynx déformé.

M. Rossbach croit aussi que cette opération n'est pas seulement à faire, lorsque on ne peut opérer par voie laryngoscopique et l'on ne veut pas laisser pratiquer la trachéotomie, mais il la retient une opération préférable dans plusieurs cas à l'intralaryngienne.

M. Rossbach avait fait ses expériences sans savoir que M. A. Eysell de Halle avait dejà pénétré par le ligament conique dans l'espace inférieur laryngien avec une aiguille de préparation et avec celle-ci il avait poussé au dessus des cordes vocales un polype sous-glottique pour l'enlever ensuite avec la méthode ordinaire laryngoscopique, et que dans un autre cas il avait réussi à diviser une membrane cicatricielle entre les cordes vocales avec un ténotome. Laissant à M. A. Eysell la priorité de la méthode opératoire, il se réserve le mérite de lui avoir donné de la diffusion et d'être réussi à enlever un polype de cette manière.

Pour ceux qui veulent faire des expériences sur les animaux, il conseille de se servir des chats et des chiens qui se prêtent à la laryngoscopie; de les morphiniser profondément avec des injections sous-cutanées de 2 à 5 decigramm. de chlorydr. de morphine avec la précaution qu'ils aient l'estomac vide; après on les fixe sur le dos, on leur ouvre la mâchoire qu'on tient ouverte avec un cône qu'on place entre les dents; on enfile la pointe de la langue et on la maintient tirée en dehors avec un poids. Alors on illumine la gorge, et l'on applique le miroir laryngien. Si l'épiglotte est abaissée on la relève avec une pincette.

M. Stoerk admet que la méthode opératoire proposée par M. Rossbach doit parfaitement réussir; mais qu'il faut avoir soin d'introduire l'instrument sur la ligne médiane et non sur les côtés où l'on pourrait blesser des branches de l'artère thyréoïdienne supérieure.

M. Catti pense que l'incision sur la ligne médiane présente des inconvénients qui n'existent plus avec l'incision latérale. Quant à la blessure des artères, on l'évitera en ne s'écartant pas trop de la susdite ligne.

M. Hering dit d'avoir constaté sur le chat l'insensibilité des cordes vocales à la pression et à la piqûre, comme Rossbach a mentionné. Quant à la méthode opératoire il croit qu'elle soit applicable seulement dans des cas exceptionnels; car il a trouvé la lamelle médiane du cartilage thyréoïde chez plusieurs individus spécialement de sexe masculin déjà après la 30 année, ossifiée au point d'opposer une résistance insurmontable au couteau lanceolé. Il pense aussi que cette méthode ne soit que pour piquer des kystes ou enlever des polypes mous, puisque dans les néoformations dures il faut encore faire une cautérisation énergique laquelle présente les mêmes difficultés qui avaient induit à substituer la méthode Rossbach à l'endolaryngienne. Il observe encore que pour se servir de cette méthode il faut toujours bien voir la commissure antérieure des cordes pour controler les mouvements du couteau. Enfin il a trouvé douloureuse pour les malades l'introduction du couteau: une dame se plaignait encore de douleurs dans la région du cou 24 heures après la piqûre et un emphysème sous-cutané qui disparût cependant bientôt se développa le jour suivant.

M. le Président accorde la parole à M. Schnitzler, qui donne communication sur la *première opération endolaryngienne pendant la narcose.*

Depuis que M. Victor von Bruns a fait et publié « La première extirpation d'un polype de la cavité laryngienne sans incision des voix aériennes » il a été pratiqué par la même voie et avec le résultat identique tant de semblables opérations que la publication d'un cas d'extirpation d'un papillome du larynx ne peut être justifiée si elle n'offre de nouveaux points de vue du côté de la diagnose ou de la thérapie.

C'est d'un pareil cas que je suis heureux aujourd'hui de pouvoir vous parler.

Si j'ai été poussé à le publier diffusément, ce n'est pas parce que c'était un papillome d'une extraordinaire grosseur et chez un enfant de huit ans avec menace de suffocation à tout instant, ni non plus à cause de son résultat assez rare de réussir à enlever complètement la tumeur dans la première séance sans l'ennui d'habituer le malade comme on le fait toujours pendant des semaines et même des mois lorsqu'on a affaire avec des enfants, mais c'est pour la circonstance que dans ce cas on s'est servi pour la première fois (autant que je le sache) de la narcose avec l'éther pour une opération endolaryngienne et on réussit, sinon à rejoindre, du moins à s'approcher à l'idéal des opérations endo-laryngiennes, lequel, selon Paul Bruns, a été cherché en vain jusqu'à présent.

M. Paul Bruns, dans son importante étude statistique sur « La laryngotomie dans l'ablation des néoformations laryngiennes, » au chapitre où il décrit les

nombreuses difficultés que l'on rencontre spécialement chez les enfants, s'exprime de la manière suivante. Les autorités les plus reconnues dans la Laryngoscopie s'accordent à rejeter les méthodes de l'anesthésie locale usées jusqu'à présent, soit pour l'action insuffisante, soit pour le danger de l'intoxication générale.

Seulement lorsque nous serons en possession d'une méthode efficace et sans danger d'anesthésie locale du pharynx et du larynx, laquelle puisse nous émanciper de l'influence du patient dans les opérations endolaryngiennes, seulement alors, dis-je, on aura trouvé l'ideal de cette méthode opératoire.

Comme j'aie rejoint ou du moins comme j'aie approché cet idéal vous pourrez en juger, Messieurs, après avoir pris connaissance du cas suivant.

Le 26 juillet de cette année les parents du petit. H. v. K. vinrent chez moi pour demander mon avis sur son état désespéré. L'enfant, âgé de huit ans, depuis sa première année souffre fréquemment du « Croup. » Les accès qui se présentaient toujours avec une voix rauque, aboyante, et avec une considérable dispnée se sont faits dans les derniers temps plus fréquents et plus intenses.

Il y eut avant huit jours un accès particulièrement grave dans lequel la dispnée fut si forte d'arriver jusqu'au danger de suffocation et on avait déjà accepté l'idée de laisser pratiquer la trachéotomie.

Ce danger cependant avait été surmonté, mais l'enfant resta avec une respiration constamment courte qui augmentait dans le sommeil jusqu'à une dispnée considérable.

Les parents remarquèrent que l'enfant dormait moins bien sur le côté droit et que si par hasard, il se tournait sur ce côté il devenait tout de suite inquiet, se jetant par ci, par là, et respirait difficilement et avec bruit jusqu'à ce qu'il fut réveillé par la dispnée même. De temps en temps de vrais accès asthmatiques semblaient se développer.

Le médecin qui l'avait traité jusqu'alors avait établi différents diagnoses et employé plusieurs remèdes mais sans résultat.

J'ai trouvé un enfant développé en raison de son âge mais avec une structure squelettique un peu délicate et avec une pâleur de visage très marquée. La percussion et l'auscultation du poumon et du cœur, en dehors d'une légère distention des poumons laquelle certainement était plus la conséquence que la cause de la dispnée, ne donnaient aucune anomalie.

Seulement pendant l'auscultation on entendait ici et là en outre du bruit respiratoire âpre, un bruit de soupape très fort (comme si une soupape s'ouvrait et se fermait) dont l'origine était à chercher dans larynx à cause de son caractère.

Ce bruit de soupape et la voix voilée et rauque m'ont poussé à pratiquer de suite l'examen laryngoscopique auquel, chose étrange, aucun des médecins qui l'avaient traité n'y avait pensé jusqu'alors.

Un regard dans la gorge suffit pour reconnaitre la cause de la dispnée et des accès de suffocation.

Voici ce que l'on rencontra à l'examen laryngoscopique.

Un larynx délicat, pâle, avec une épiglotte petite et fortement déprimée en arrière; la glotte, dans la respiration tranquille et dans la phonation, est complètement couverte par une néoformation blanche grisâtre, muriforme, laquelle tombe dans l'ouverture glottique pendant la profonde inspiration et la remplit complètement.

Dans une observation successive on voit que la néoformation mesure une

longueur d'environ 10 millim. et une largeur et épaisseur de presque cinq millim. et provient en partie de la commissure antérieure des cordes.

J'avais donc à faire avec un papillome polypédonculé lequel selon sa position devait occasionner différentes souffrances. Il était ainsi évident pourquoi le patient était de temps en temps rauque et avait des accès de suffocation. La voix était rauque parce que le papillome siégeait sur les cordes vocales, et elle manquait quelquefois lorsque la néoformation tombait dans la glotte. La dispnée surgissait naturellement quand l'enfant reposait sur le côté droit, car alors la glotte était complètement couverte; la difficulté de la respiration diminuait si le petit patient, instinctivemont se couchait sur le côté gauche, car de cette manière la glotte devenait libre, puisque le polype par son poids tombait de l'autre côté. Enfin si le papillome arrivait à être serré dans la glotte l'enfant devait avoir des accès de suffocation.

Il m'était évident qu'il était nécéssaire d'enlever bientôt la néoformation si l'on ne voulait laisser l'enfant toujours en danger.

Après avoir informé les parents de l'état des choses, et avoir eu leur consentement pour l'opération, j'ai voulu de suite faire l'essai de porter dans le larynx un instrument afin d'instituer les nécéssaires préparations pour réussir peu à peu à enlever la tumeur par voie endolaryngienne. Ici j'ai rencontré une difficulté inattendue.

Le patient qui, du reste, était très intelligent, bien que nerveux au suprême degré, se prêtait très bien pour l'introduction du miroir, mais il se mit à trembler de tous ses membres lorsqu'il vit qu'on voulait appliquer l'instrument; toutes les exortations furent inutiles, et même promesses ou menaces ne servirent à rien contre la surexcitation de l'enfant.

L'anesthésie locale de laquelle du reste je m'attendais peu de choses aurait été ici sans bons résultats, car ici il ne s'agissait pas d'une hyperesthésie locale du pharynx ou du larynx, mais d'une sensibilité générale augmentée d'une insurmontable angoisse pour l'opération.

Que devait on faire alors?

J'avais à choisir: pratiquer la laryngotomie et détruire ensuite la néoformation, comme souvent on a fait avec de bons résultats chez des enfants qui ont des polypes laryngiens, ou vaincre la frayeur et la défiance de l'enfant pour l'instrument avec des exercices pendant des semaines et même des mois.

Je ne pouvais me décider pour aucune de ces deux méthodes; pour la première, non, car l'enfant se trouvait relativement assez bien de manière à ne pouvoir justifier une opération comme la laryngotomie, et pour la dernière non plus, car franchement, j'étais sur le point de prendre mes vacances et je savais par ma propre expérience et par les communications d'autres chirurgiens habiles et exercés que chez un individu si jeune et si irritable l'on ne pouvait compter sur une prompte opération. Mackenzie à Londres qui est un des chirurgiens les plus éminents est réussi à opérer un enfant de huit ans seulement après six mois d'exercice.

Et si d'autres auteurs favorisés par des circonstances ou des accidentalités sont arrivés quelque fois à rejoindre leur but, ils ont en général employé cependant des semaines et même des mois. Ceci n'était une perspective consolante ni pour moi ni pour l'enfant, lequel se trouvait menacé chaque nuit de suffocation.

Pour cela je me suis décidé d'essayer la narcose, et puisque le chloroforme

me semblait un peu dangereux, vu la jeunesse de mon patient et la circonstance qu'il fallait opérer dans l'intérieur du larynx, j'ai choisi l'éther comme un narcotique plus passager; je connaissais bien les difficultés et les dangers d'une opération pendant la narcose. Avant tout le médecin doit renoncer dans ce cas à la coopération si utile et presque indispensable du patient; tandis que dans les opérations dans l'intérieur du larynx, les malades tiennent selon notre désir la bouche ouverte et la langue tirée en dehors, et suivant notre ordre ils donnent des sons ou ils respirent, bref ils nous aident dans notre intention, dans la narcose ils ferment la bouche et serrent les dents de manière que nous devons d'abord nous faire une voie avec un ouvre-bouche, tenir par force la bouche ouverte et la langue tirée en dehors moyennant une pince; ensuite placer le miroir dans la cavité pharyngienne du patient narcotisé et le maintenir de manière à ce que l'examinateur puisse avoir une image claire du larynx, et enfin introduire l'instrument et opérer sur le guide du laryngoscope; difficultés qu'il semble impossible de surmonter.

Et si contre toute attente l'on surpasse ces apparentes impossibilités et le médecin arrive à enlever heureusement la néoformation, par cette voie alors il peut arriver que le malade puisse suffoquer dans la narcose pour une hémorrhagie dans la trachée.

Toutes ces pensées me se sont présentées à l'esprit, cependant j'ai voulu hasarder la tentative.

Quant aux difficultés il me semblait pouvoir les surmonter, et quant au danger le diminuer en substituant l'éther au chloroforme, et j'ai fait l'opération de cette manière. Un aide placé devant moi prit l'enfant et le tint fermé entre ses genoux, ensuite il fut narcotisé par le réputé dentiste M. Rabas, dont j'avais demandé l'assistance; à peine que l'enfant fut endormi, mon assistant le Dr. Beregszaszy lui ouvrit la bouche avec un dilatateur et lui tint la langue tirée en dehors avec une pincette exprès; ensuite il la lui prit avec sa main gauche de manière à ce que je pus, non seulement porter le miroir dans la cavité laryngienne, mais aussi y diriger la lumière (qui venait d'une lampe à gaz qui se trouvait à droite du patient) avec un réflecteur fixé à mon front. Tenant le miroir avec la main gauche j'ai introduit avec la droite une pincette à polype et sans me laisser déconcerter par les amas de sécrétion qui se trouvaient dans le pharynx je suis arrivé rapidement à prendre la néoformation et à l'arracher.

C'était une tumeur mûriforme de la grosseur d'une noisette laquelle, après l'examen fait par M. le Dr. Chiari tant pour son aspect macroscopique, comme pour les données microscopiques, montrait la structure ordinaire du papillome.

L'opération était à peine terminée que l'enfant se réveilla, sans avoir aucune connaissance de ce qui lui était arrivé.

Le père de l'enfant, lequel assistait à l'opération avec l'horloge à la main, constata que depuis le commencement de la narcose jusqu'au réveil de l'enfant il ne s'était écoulé pas plus de deux ou trois minutes.

Cependant quelques minutes après l'opération il survint une hémorrhagie assez forte, qui me surprit un peu et même m'inquieta, car rarement dans l'extirpation d'un papillome j'ai vu de fortes hémorrhagies. L'enfant cracha de 50 à 100 grammes de sang rouge vif; quand l'hémorrhagie eut cédé sous l'inhalation d'une solution de perchlorure de fer à l'1 pour % j'examinai le larynx et j'ai pu me persuader que de l'entière néoformation tout était enlevé sauf une parcelle grosse comme une tête d'épingle.

Ces deux figures ont été dessinées d'après nature par M. le Dr. Heitzmann dans les jours ci dessous mentionnés.

Fig. 1.
Avant l'opération le 28 juillet.

Fig. 2.
Après l'opération le 30 juillet.

L'opération a été exécutée le 29 juillet à dix heures du matin dans mon habitation, et une heure après l'enfant pouvait, leste et dispos, faire une promenade au jardin public avec ses parents.

La nuit suivante le patient dormit très bien sans épouvanter comme auparavant ceux qui l'entouraient à cause des bruits de respiration et des accès de dispnée.

La voix que jadis il avait faible et rauque était le lendemain pure et sonore. J'ordonnais alors d'alterner des inhalations de chlorate de potasse et d'alun, et des badigeonnages de jodiglycerine deux fois par semaine afin de prévenir le plus possible toute crainte de récidive.

L'enfant se remit bientôt à vue d'œil et il n'avait plus aucune difficultés de respiration, il dormait bien et n'avait plus eu de nuit aucun accès de suffocation.

La voix est toujours également sonore et elaire, telles sont les nouvelles que j'ai reçues à la fin d'août de M. le Dr. Schreiber d'Aussec où l'enfant se trouvait jusqu'à ce moment pour se rétablir complètement (1).

M. Stoerk observe avoir déjà opéré pendant la narcose, seulement son patient était trachéotomisé. Il raconte aussi les difficultés qu'il avait rencontrées en opérant un petit enfant d'un papillome sans employer l'anésthesie générale et trouve par conséquent que le cas de M. Schnitzler a beaucoup d'importance car prouvant la possibilité d'exécuter une telle opération en pareille circonstance, assure au chirurgien la manière de surpasser ces difficultés souvent insurmontables.

(1) L'auteur, dans une communication faite dans la *Wiener mediz Presse*, 1880, n. 48-49 ajoute qu'il a examiné le patient à la fin de Septembre, c'est à dire deux mois après l'opération, et qu'il trouva un peu tuméfiée la fausse corde gauche et sur celle ci et sur la vraie corde, vers la commissure antérieure, de nouvelles végétations papillaires. Il les cauterisa avec le nitrate d'argent et appliqua des badigeonnages de jodiglycerine jusqu'à ce qu'elles furent disparues. Les dernières nouvelles constataient que l'enfant se portait bien.

M. Krishaber, à propos des difficultés que l'on rencontre lorsqu'on veut pratiquer une opération endolaryngienne chez un enfant, parle de la possibilité d'y réussir en portant un doigt jusqu'à la base de l'épiglotte et faisant parcourir sur le guide du même une pincette. Il reconnait cependant que la communication est très intéressante et que le succès de M. Schnitzler lui semble un fait unique.

M. Capart raconte d'avoir employé l'anesthésie mixte, c'est à dire une injection au bras d'un centigr. de morphine et 20 minutes après l'inhalation de chloroforme jusqu'à ce que le malade ait un commencement d'assoupissement qui lui permet cependant d'entendre et d'exécuter les ordres qu'on lui donne. Il l'a essayée dans deux cas mais sans résultat, car la sensibilité laryngienne ne lui a pas paru diminuer.

M. Rossbach de Würtzbourg expose sa méthode d'*anesthésie du larynx.*

Une différence essentielle entre la méthode d'anesthésie pour les opérations dans le larynx et celle pour les autres régions du corps, consiste en ce que dans les premières l'on ne doit pas faire perdre connaissance car il est nécéssaire la coopération du patient même. L'on doit seulement rendre insensibles les terminaisons périphériques des nerfs du sens du pharynx et du larynx pour empêcher la douleur, la toux, les vomituritions, les mouvements de déglutition, mais le malade doit être maître de lui même, et seulement les mouvements du larynx qui ne sont pas sujets à sa volonté, ou au moins que l'on peut dominer avec difficulté, doivent être empêchés par l'anesthesie locale. Puisque l'on ne peut se servir de la chloroformisation, on a essayé d'anesthésier le pharynx et le larynx moyennant des badigeonnages avec des solutions au 10 % de tannin, de chloroforme et morphine. Par ces moyens l'on réussit en effet spécialement à enlever les vomituritions qui empêchent l'application du miroir et à rendre le larynx un peu insensible. Cependant une complète anesthésie de ces parties et particulièrement du larynx n'est pas obtenue par les moyens sus-mentionnés et ceux ci ont encore le désavantage que, à la suite de la cuisson violente occasionnée, les malades s'y refusent et même ils amènent souvent chez les individus sensibles, un violent spasme glottique à cause de l'action du badigeonnage.

Pour éviter au patient le désagrément qui suit le simple badigeonnage en outre du mauvais goût, on a essayé aussi l'amministration à l'intérieur de fortes doses (10 grammes) de Bromure de potassium ou de sodium, lesquelles ôtent la sensibilité de la muqueuse du pharynx et du larynx laissant la connaissance mais il lui est arrivé souvent avec de pareilles doses d'observer une surprenante inaptitude du malade, ce qui ne favorisait nullement l'acte opératoire.

Dans un cas grave de presque complète sténose du larynx, dans lequel, pendant une année, on avait fait en vain plusieurs tentatives d'incision, il a pensé de rendre incapable de transmission des excitations périphériques, le rameau purement sensible de la branche interne du nerf laryngien supérieur au point où il pénètre dans l'intérieur du larynx à travers la membrane hyo-thyréoïdienne au dessous de la tête du grand corne du hyoïde.

D'abord on a pratiqué à chaque côté, à la profondeur nécéssaire, de légères

injections sous-cutanées de morphine, avec l'excellent résultat que dans ce patient très sensible la connaissance restant on a ôté toute sensibilité pour l'acte opératoire dans le larynx, de manière que l'on a pu accomplir l'opération.

Ensuite il essaya s'il était possible de rendre insensible les branches des deux nerfs au points sus-mentionnés, avec l'action du froid et anesthésier le larynx de cette manière. Dans des individus sains il constata d'abord s'il existait la sensibilité normale de la muqueuse laryngienne, ensuite il appliqua une pulvérisation pour 1-2 minutes d'éther sur la peau au point d'entrée des deux nerfs et obtint le même résultat comme par les injections de morphine.

Puisque ce dernier procédé peut s'accomplir rapidement et promptement et sans aucun désagrément pour le patient il croit de le recommander à tous les laryngologistes comme la méthode d'anesthésie la meilleure et la plus convenable Il n'a pas prouvé si ce procédé peut s'appliquer aussi contre la plupart des crampes réflexes qui ont leur origine dans le larynx comme ce serait par exemple la toux violente, la crampe glottique, mais il invite les Confrères à faire des observations là dessus.

M. Krishaber trouve important du côté pratique le communication faite par M. Rossbach, il doute cependant qu'avec une si faible injection de morphine on puisse obtenir une anesthésie locale: il s'agit plutôt alors d'une action générale du médicament. Il n'a employé qu'une fois l'anesthésie dans l'ablation des polypes du larynx; mais le malade (c'était un adulte), n'ayant pu être maintenu dans la position nécéssaire à l'extraction du polype, le résultat ne fut pas satisfaisant.

M. Schnitzler n'a jamais cru à l'opportunité de badigeonnages dans le larynx pour obtenir l'anesthésie locale et il pense aussi qu'il y a une action du médicament plus générale que locale.

M. Stoerk trouve que l'anesthésie locale n'est pas nécéssaire et dit qu'il y a à se plaindre d'inflammation locale, à la suite des badigeonnages et des phénomènes d'intoxication générale.

M. Zawerthal rappelle d'avoir déjà dans la Section laryngologique du Congrès de Pise en 1878, exposé ses convictions sur l'inutilité, l'incommodité, l'incertitude du succès et le danger du procédé d'anesthésie locale, basées sur des expériences sur les animaux et sur les hommes.

M. Catti objecte que dans la Clinique de M. Schrötter où il est resté pendant six ans il a eu à observer des cas où l'effet fut incontestable et il n'y eut pas ces phénomènes redoutés.

M. Gouguenheim s'associe aux Confrères en appréciant la communication de M. Schnitzler; et à propos des injections sous-cutanées de morphine proposées

par M. Rossbach, demande pourquoi l'on doit nier leur effet local si on l'observe dans le traitement des névralgies.

La parole est à M. Capart pour la lecture de son travail sur l'*Hypertrophie des Amygdales considérée surtout au point de vue du Traitement.*

Messieurs,

Il y a peu de contrées en Europe où les affections de la gorge sont aussi communes qu'en Belgique. C'est, sans doute, aux variations brusques de la température, à l'humidité du sol et aussi à une certaine prédominance du tempérament lymphatique que nous devons attribuer ce fâcheux privilège. C'est ainsi, que depuis le 18 septembre 1878 jusqu'à ce jour c'est à dire en moins de deux ans, j'ai eu l'occasion d'opérer 95 malades qui étaient atteints d'hypertrophie des amygdales.

Le cadre que je me suis imposé pour cette étude m'empêche de m'appesantir longuement sur l'étiologie de cette affection. Je me bornerai à faire remarquer qu'elle se rencontre plus fréquemment chez les individus du sexe masculin que chez ceux du sexe féminin, qu'elle frappe surtout les enfants et les adolescents et que, dans l'âge adulte, l'abus du chant et de la parole ainsi que la syphilis exercent une influence des plus marquées sur sa production. Parmi mes opérés 19 étaient âgés de 5 à 10 ans, 42 de 10 à 20, 18 de 10 à 30 et 16 seulement avaient au de là de 30 ans.

Le traitement de l'hypertrophie des amygdales n'est pas toujours aussi aisé qu'on pourrait le croire et ce qui le prouve c'est la multiplicité des moyens que l'on a préconisé pour la combattre. On se heurte souvent à des difficultés qui sont inhérentes en partie au sujet et au mal lui même. On a affaire la plupart du temps à des enfants qui ont une horreur instinctive de toute opération et qui ne prêtent pas toujours au chirurgien le concours précieux de leur docilité.

La plupart sont délicats et ne supporteraient pas sans danger une hémorrhagie de quelque importance. De plus, certaines dispositions anatomiques de l'amygdale font que son extirpation sinon complète au moins suffisante constitue une des opérations les plus délicates que le spécialiste ait à pratiquer.

Je ne ferai que citer en passant les procédés que j'ai mis en usage à titre plutôt expérimental et je m'empresserai d'arriver à ceux auxquels je me suis arrêté en dernier lieu.

J'ai employé tout d'abord les cautérisations soit avec le nitrate d'argent en nature, la teinture d'iode, la solution caustique d'iode, la pâte caustique de Londres d'après la formule du docteur Morell Mackenzie. Ces moyens et surtout le dernier ne sont pas toujours d'une application facile ni exempts de danger. Ils donnent parfois lieu à des inflammations que j'ai vu aboutir à la formation d'abcès. Mais le plus grand reproche qu'on puisse leur adresser c'est qu'ils sont absolument inefficaces. On peut en dire autant des injections interstitielles de glycérine iodée, les seules que j'aie tentées. Le résultat qu'elles produisent est loin de compenser la difficulté d'emploi et les douleurs qu'elles engendrent. Frappé dans ces derniers temps des résultats vraiment extraordinaires que l'électrolyse produit dans certaines formes d'hypertrophie glandulaire, j'ai fait confectionner un instrument spécial composé de 2 tiges de cuivre

solées comme les branches d'un cautère galvanique ordinaire et terminées à leur extrémité par deux aiguilles l'une en acier pour le pôle négatif et l'autre en zinc pour le pôle positif. L'introduction des aiguilles est facile mais la douleur est parfois si intense et la destruction obtenue en quelques séances si insignifiante que j'ai bientôt cessé d'y avoir recours. Il serait peut être intéressant d'essayer le procédé que Golding Rird a imaginé pour le traitement des adénites cervicales; c'est à dire l'implantation dans l'amygdale d'une pointe de zinc que l'on relierait par un fil isolé à une plaque d'argent fixée soit à la nuque soit sur le sternum. Le résultat sera peut être bon mais jamais il ne sera de nature à détrôner les moyens plus expéditifs et moins compliqués auxquels j'ai hâte d'arriver c'est à dire à l'extirpation de l'amygdale et à la cautérisation galvanique. La première peut se pratiquer soit avec l'instrument tranchant soit avec l'anse galvanique.

Je n'ai jamais voulu me servir du bistouri bien que j'eusse entendu professer jadis à Paris qu'aucun amygdalotome ne le valait. Sans compter qu'il exige du patient une immobilité absolue, il nécéssite encore l'emploi de moyens adventifs pour saisir l'amygdale et maintenir la bouche largement ouverte. Il suffit enfin qu'il soit arrivé à un chirurgien des plus distingués de léser la carotide interne pour que l'on craigne d'y recourir.

Pendant un certain temps je me suis servi exclusivement de l'amygdalotome de Mackenzie. Il est simple, solide et réussit admirablement dans certains cas déterminés, par contre j'ai eu à enregistrer des insuccès fâcheux; c'est ainsi qu'il m'est arrivé de ne pouvoir saisir qu'une portion tout à fait insignifiante de l'amygdale ou bien encore de la voir fuir devant le couteau comme un pépin de fruit que l'on presse entre les doigts.

Pour obvier à cet inconvénient je fis joindre à l'instrument original la fourchette de l'appareil de Mathieu, mais je ne tardai pas à me convaincre que cette addition ne suffisait pas pour corriger le défaut que je crois fondamental.

C'est alors que l'idée me vint de modifier l'amygdalotome de Mathieu tel qu'il a été transformé par le professeur de Roubaix du Bruxelles. C'est, je crois, ce chirurgien, qui le premier a fait remarquer que le vice commun à tous les amygdalotomes consiste en ce que la lunette et la lame coupante ne présentent pas leur plus grand diamètre dans l'axe réel de l'amygdale. Il s'en suit que si l'on veut pénétrer dans la profondeur du pharynx pour saisir la partie de l'amygdale le plus souvent hypertrophiée c'est à dire la portion inférieure, on est bientôt arrêté par l'arcade dentaire supérieure. J'ajoute que le même reproche s'adresse aux lunettes circulaires qui ne correspondent en aucun façon à la forme réelle de cette glande. Se fondant sur des raisons purement anatomiques Monsieur de Roubaix fit disposer la lunette obliquement à l'axe de l'instrument de façon à ce qu'elle formât avec lui un angle obtus ouvert en bas. Dès lors le grand axe de la lunette correspond à celui de l'amygdale qui est oblique de haut en bas et d'avant en arrière.

Ainsi confectionné, l'amygdalotome était bon, je me suis demandé s'il n'était pas possible de le rendre parfait en le simplifiant, car cette dernière conformation nécéssite l'emploi de deux instruments, l'un pour le côté droit et l'autre pour le côté gauche. Voici comment j'y suis parvenu:

La lunette au lieu d'être fixée sur sa tige est mobile au moyen d'un pas de vis. Veut on la fixer au moment d'opérer, il suffit de ramener d'arrière en avant une coulisse, puis de lui faire exécuter un léger mouvement de droite à gauche pour qu'elle devienne tout à fait stable.

On comprend de suite l'avantage de cette disposition. Si l'on a enlevé l'amygdale droite par exemple, il suffit de faire glisser cette coulisse en arrière puis de faire exécuter à la lunette un demi tour pour que l'on soit à même de saisir l'amygdale gauche.

J'ai cru utile de faire confectionner des lunettes de 3 grandeurs différentes pour les enfants, les adolescents et les adultes. Or, qu'est il arrivé? C'est que depuis que j'emploie mon amygdalotome je n'ai plus compté que des succès et j'ai pu faire la remarque que les amygdales que j'extrais sont au moins 3 fois aussi volumineuses que celles que je pouvais obtenir jadis.

Le mode opératoire est très facile; la langue étant maintenu abaissée soit avec le doigt, soit avec l'abaisse langue, l'amygdalotome est introduit de la main droite pour l'amygdale gauche et vice versa, directement et promptement dans l'arrière bouche. On déprime autant que possible la lunette pour atteindre les parties profondes et au moment de sectionner on incline légèrement le manche en dehors de façon à ne pas léser le pilier postérieur.

Je me propose toujours comme but à atteindre l'extraction des deux tonsilles en une séance ce qui arrive presque constamment chez les adultes; chez les enfants il n'en est pas de même et je n'insiste pas trop car il est bien rare qu'ils ne se soumettent pas volontiers à une nouvelle opération 8 à 10 jours après la première.

J'insiste tout particulièrement sur deux conditions indispensables à la réussité. La première c'est de choisir une lunette dont le calibre corresponde le plus possible à l'amygdale à enlever, la seconde c'est que le tranchant de la lame soit toujours parfait. J'estime qu'il est prudent après 5 ou 6 extractions de la faire aiguiser.

Les suites de l'opération sont des plus simples. Sur environ 160 amygdales extirpées je n'ai pas encore observé d'hémorrhagie qui ait revêtu un caractère alarmant soit par sa durée soit par son abondance. Il est vrai que j'ordonne à mes malades de sucer aussitôt de la glace, de garder le repos et le silence le plus absolu et de ne prendre pendant 24 heures que des aliments liquides et froids. La douleur consécutive est en général peu intense et ne persiste pas au delà de 3 ou 4 jours; je l'ai même vu cesser dès le lendemain.

Je n'oublierai jamais entre autres un officier de cavalerie auquel j'enlevai en une séance 3 polypes volumineux des fosses nasales et les deux amygdales et qui put le lendemain assister à un banquet officiel sans éprouver la moindre incomodité.

Si la douleur est exceptionnellement vive je recommande au patient d'employer les tablettes d'althœa préparées d'après la formule du docteur Mackenzie ou bien je prescris un gargarisme boraté auquel j'ajoute chez les adultes 5 à 10 centigrammes d'un sel de morphine. Je ferai remarquer en terminant que je n'ai jamais observé aucun des inconvénients qu'on a attribués à l'amygdalotome, ni la difficulté de la déglutition ni surtout la moindre influence fâcheuse exercée sur la voix. Bien au contraire j'ai vu un des lauréats du Conservatoire de Bruxelles Monsieur F..... lui devoir incontestablement ses succès de cette année.

Est ce à dire qu'après une amygdalotomie quelque bien pratiquée qu'elle soit la guérison de l'hypertrophie soit toujours complète? Non; il arrive souvent en effet que certaines portions échappent à l'instrument tranchant. Le meilleur moyen de les faire disparaître consiste dans la cautérisation galvanique.

Ceci m'amène à vous parler du second procédé auquel j'ai encore recours pour extirper l'amygdale c'est à dire l'anse galvanique. Vous me demanderez peut être quand faut il employer l'amygdalotome, quand faut il préférer l'anse galvanique? La réponse à cette question n'est pas aisée. Cela dépend beaucoup du tact du chirurgien, de l'habitude qu'il a acquise; je tâcherai cependant de vous tracer quelques indications que l'expérience m'a suggérées. Il est certaines amygdales que l'on ne peut extraire avec l'amygdalotome à cause de leur volume excessif. Ainsi j'ai dû opérer il y a peu de temps une petite fille de 8 ans dont les amygdales étaient si volumineuses qu'aucune des deux ne pouvait pénétrer dans la lunette que j'emploie habituellement pour les adultes. Il est aisé de comprendre que dans un cas de l'espèce, l'hémorrhagie aurait toute chance de se produire, aussi eus-je recours à l'anse galvanique. Dans d'autres circonstances ce n'est pas tant le volume que la disposition de l'amygdale qui crée toute la difficulté. La tonsille, au lieu de former une saillie considérable mais limitée dans le pharynx semble s'être étalée dans tous les sens; elle a contracté des adhérences intimes avec tout le pilier postérieur qu'elle dépasse à peine ou bien enfin elle a pris du développement surtout à sa partie inférieure au point parfois d'arriver presque en contact avec l'épiglotte.

Dans ces cas, l'anse galvanique seule à laquelle on peut donner toutes les formes, est de nature à opérer une section complète et pour ma part, il m'est arrivé à différentes reprises d'extraire ainsi des amygdales auxquelles plusieurs chirurgiens distingués s'étaient vainement attaqués. J'emploie d'habitude un fil d'acier résistant que je place dans un serre-nœud dont les porte-fils sont placés l'un au dessus de l'autre. L'anse étant appliquée contre l'amygdale qu'elle embrasse de toutes parts, je fais d'abord passer un instant le courant de façon à tracer un sillon puis je resserre lentement.

La section est complète en quelques instants. La douleur est à peine sensible si le courant est suffisament énergique. Quant aux suites, elles ne sont pas absolument identiques à celles de l'amygdalotome.

La gêne consécutive est habituellement plus pénible. L'inflammation est parfois assez marquée; une fois même j'ai vu se produire une plaque diphtéritique des plus évidentes qui nécessita dix jours de traitement. Quant à l'hémorrhagie elle est absolument nulle pendant l'opération mais dans le cas de la petite fille à laquelle je faisais allusion ci haut, il se produisit le 5e jour après, lors de la chute de l'escharc alors que l'enfant chantait à-tue-tête, une hémorrhagie en nappe qui ne fut pas sans causer de vives inquiétudes à ses parents.

Ceci s'explique je pense parce que l'action caustique de fil d'acier s'étend bien plus loin que son lieu d'application et de fait il est à remarquer que l'extirpation galvano-caustique de l'amygdale est toujours plus complète que celle que l'on obtient avec l'amygdalotome.

Il est enfin des circonstances où le galvano-cautère seul doit être employé. Ainsi, il arrive que l'amygdale bien qu'hypertrophiée et produisant des symptomes très accusés n'est pas suffisamment saillante pour pouvoir être embrassée ni dans une anse de fil ni dans la lunette de l'amygdalotome; ou bien la partie inférieure seule de l'amygdale et le paquet glandulaire sous-jacent ont pris un développement anormal que le miroir laryngoscopique est seul capable de décéler; ou bien encore la tonsille est si bien recouverte par le pilier antérieur. la niche naturelle qui la contient est si profonde que l'on ne peut bien juger du degré d'hypertrophie qu'en provoquant un effort de vomissement ou bien en attirant la langue fortement au dehors.

Il est enfin une dernière forme d'hypertrophie d'amygdale que je n'ai rencontrée que 4 fois et que je serais assez disposé à désigner sous le nom d'amygdalite folliculaire. Les tonsilles sont hypertrophiées modérément, elles présentent par place des traces de poussées congestives, mais ce qu'il y a de caractéristique c'est qu'elles sont criblées de petits points blancs. Par la pression ou en introduisant un petit stylet à leur niveau on en fait sortir une matière blanchâtre assez épaisse. Cette affection est très pénible et produit une sensation de gêne constante qui impressionne vivement le moral des malades et occasionne parfois des douleurs intolérables. Dans les cas que j'ai observés, elle avait résisté aux cautérisations les plus énergiques. Je ne connais pas de meilleur moyen à lui opposer que la galvano-cautérisation. Un cautère, dont la pointe est très aiguë est introduit dans chaque orifice glandulaire puis l'on fait agir le courant pendant quelques secondes. En 3 ou 4 séances la guérison est complète.

La cautérisation galvanique de l'amygdale est des plus simple. Je la pratique avec un cautère ordinaire ou bien avec un cautère qui se termine par une petite cupule. Je l'applique à plat ou bien je le fais pénétrer profondément dans la substance même de la glande. Trois ou quatre séances suffisent habituellement pour faire disparaître les amygdales les plus volumineuses. La douleur au moment de l'application est à peine sensible à condition que le courant soit très énergique. Il en est de même dans la suite au point que les malades peuvent immédiatement après prendre leur repas habituel.

Tels sont, Messieurs, les moyens variés auxquel j'ai recours pour combattre une affection aussi commune. Il n'ont peut être pas l'avantage d'être nouveaux, mais comme ils m'ont valu des succès réels il m'a paru utile de vous soumettre à leur sujet le résultat de mon expérience personnelle.

M. Massei observe d'avoir aussi essayé l'électrolyse appliquant le pôle positif à l'extérieur et le négatif dans l'amygdale et que pour éviter toute dispersion d'électricité il avait couvert le porte aiguilles.

Il trouve que ce serait nécéssaire de continuer ces études.

M. Krishaber dit d'avoir employé la méthode de l'ignipuncture pour le traitement de l'hypertrophie des amygdales. Il s'est servi du termo-cautère pointu de Paquelin 60 fois; l'on pratique plusieurs piqûres profondes l'une près de l'autre; il faut répéter plusieurs fois cette opération; dans un cas d'amygdale très volumineuse il est arrivé jusqu'à 14 fois, la partie nécrotisée se détache en peu de jours; il n'y a jamais de sang. Lorsque la partie saillante de l'amygdale est détruite, pour enlever le reste il faut un instrument courbe afin de respecter le pilier palatin antérieur.

Ensuite à propos de l'hémorrhagie dans l'amygdalotomie il dit d'avoir observé deux cas presque mortels; et ajoute que les malades se prêtent plus facilement à la combustion qu'à l'excision.

M. Elsberg dit que l'amygdalotome coupe dans un seul plan de manière

que l'on n'enlève pas tout le tissu tonsillaire hypertrophié et on peut au contraire donner lieu à l'excision d'une portion de la muqueuse et même de fibres musculaires de l'arcade palatine, d'où il en dérive douleur, facile hémorrhagie, la probable nécéssité de répéter l'opération plus tard, l'adhésion du pilier antérieur au postérieur ou d'une partie à une autre. Il préfère l'excision avec le bistouri car avec celui-ci on peut enlever la tonsille comme l'on désire sans léser les piliers; il se sert du tonsillotome seulement chez les enfants et dans quelques cas exceptionnels.

M. Schmidt raconte d'avoir eu une hémorrhagie grave dans un cas de tonsillotomie.

M. Massei observe que l'accident de l'hémorrhagie ne peut ordinairement se prévoir, et s'il existent les conditions pour avoir cet accident il arrive aussi en se servant du bistouri.

M. Lennox Browne s'étonne comme l'accident de l'hémorrhagie dans l'amygdalotomie doit tant occuper l'Assemblée.

M. Schnitzler observe qu'il faut connaître les dangers pour les éviter; et qu'il croit la question de l'hémorrhagie très importante dans une opération qui généralement est jugée très simple ; il rappelle le cas rapporté par Pitha d'hémorrhagie mortelle. Généralement il se sert de la guillotine ou de la galvano-caustique.

M. le President donne la parole à M. De Albertis qui dit *quelques mots sur l'extirpation des polypes du larynx.*

Parmi les méthodes indiquées par les chirurgiens pour exécuter l'extirpation des polypes du larynx par les voies naturelles, il me semble que l'arrachement soit la plus facile pour un laryngologiste qui commence sa carrière.

Pour confirmer cette proposition je donnerai communication des trois premières histoires cliniques que j'ai recueillies depuis l'année 1873 jusqu'à présent.

Il m'est arrivé en 1873 de faire pour la première fois le diagnostic d'un polype du larynx. Monsieur X., âgé de 30 ans, célibataire, directeur d'une mine d'or en Italie, était doué d'une constitution très-forte. Depuis un an, il était souffrant d'enrouement et de cuisson à la gorge et accusait la sensation d'un corps étranger qui oscillait avec les mouvements de la respiration. L'examen laryngoscopique me montrait un polype rond du volume d'un pois, de couleur rose, luisant et inséré par un pédicule à la moitié de la corde vocale droite. Mon malade, informé de la nécéssité de l'opération, s'y assujettit de bon gré, mais quelques tentatives que j'aie fait je ne suis réussi ni avec le serreneud ni avec la guillotine.

L'intollérance de mon malade aux instruments m'avait poussé à essayer l'anesthésie locale selon la méthode de M. Schrötter, mais sans résultat, ainsi

que les gargarismes astringents et la glace avalée par petits morceaux. Enfin le malade et moi fatigués tous deux des tentatives sans résultat, nous decidâmes de remettre l'opération à plus tard, mais le malade ne se présenta plus.

Ce cas pourtant n'avait pas été sans utilité pour moi, parce qu'il m'avait instruit sur le choix des instruments. Je me suis proposé alors pour un prochain cas de me servir des pinces selon le type de M. Bruns, courbées sous un angle de 90°, construites par M. Lollini de Bologne.

Le second cas est celui d'un Monsieur âgé de 45 ans, employé de profession, lequel à la suite d'un rhume était enroué depuis deux ans, et qui se plaignait de temps à autre de cuisson et de difficulté de respiration. A l'examen il présentait un polype rouge du volume d'un gros pois pyriforme, inséré avec un pédicule à la partie antérieure du ruban vocal droit. Je tâchais d'obtenir la tollérance nécéssaire avec la méthode de l'habituer aux attouchements avec la sonde. Malgré une sensibilité exagérée, l'hypertrophie de la luette et quelques autres circonstances peu favorables, je réussi, après deux semaines à arracher le polype dans un moment d'expiration. L'opération eût un succès complet. L'examen microscopique de la tumeur m'a démontré qu'il s'agissait d'un fibrome.

Dans ce second cas j'ai pu me convaincre que la couverture à chaîne des petites pinces dont je m'étais servi, provoquait facilement, à cause de son asperité, lorsqu'on touchait l'épiglotte, des mouvements réflexes, et que l'angle de courbure était trop étroit.

Quelque temps après, M. le Dr. Pizzorno, de Pegli, m'envoya Mademoiselle G. L., âgée de 20 ans. Le père de la patiente était mort à cause d'une hémorrhagie cérébrale, et la mère d'une maladie de cœur. Elle n'avait souffert aucune maladie de quelque importance; elle était seulement un peu anémique, et s'était aperçue d'avoir un abaissement de voix depuis cinq ans. Un examen laryngoscopique pratiqué en 1879, montra que la vraie corde gauche était un peu enflée et irrégulière. On ordonna alors les pulverisations d'eau salsojodique de Sales et des badigeonnages à la partie antérieure du cou avec la teinture jodique. Néanmoins la néoformation s'organisa et lorsque le Dr. Pizzorno l'envoya, il se montrait tout-à-fait clairement un polype pédonculaire à surface lobulaire qui sortait du ventricule de Morgagni gauche et qui suivant les mouvements de la respiration, se portait quelquefois parmi et au dessous des cordes. La patiente se plaignait d'avoir la sensation d'un corps étranger dans la gorge qui entravait la respiration surtout pendant la nuit. En peu de temps la tollérance fut obtenue par les attouchements avec la sonde. En même temps j'ai pu constater que le polype était aussi inséré sur la corde vocale gauche et le classifier macroscopiquement pour un papillome. Après avoir fait sucer de la glace et pratiquer des inhalations de bromure de potassium, je me suis mis à l'opération avec les mêmes pinces que dans le cas antécédent, mais sans y réussir à cause des inconvénients plus haut mentionnés de l'instrument. J'essayais encore les guillottines et d'autres instruments, mais en vain. J'ai fait alors construire d'après mes données par M. Tomatis de Gênes une petite pince dont le tuyau qui la recouvre, au lieu d'être à chaîne était à spirale flexible et lisse à l'extérieur; l'angle de courbure à 110°, les branches de la petite pince à jour et le manche avec mouvement à pédale. Avec cet instrument il me fut très-facile d'arracher le polype du premier coup. Comme il est naturel, la voix revint immédiatement et la respiration resta libre.

L'examen microscopique me démontra qu'il s'agissait réellement d'un papillome.

M. Krishaber remplace M. Labus au fauteuil de la Présidence.

M. Schmidt a la parole pour exposer son *traitement de la phthisie laryngée.*

Messieurs,

Permettez-moi d'appeler votre attention pour quelques moments sur cette terrible maladie, qui est un fléau non seulement pour les malades qui en sont atteints, mais aussi pour les médecins consciencieux, qui sont obligés de les traiter. Jusqu'à présent ils se sont presque toujours bornés à soulager, autant que possible, les maux de ces malades.

J'ai publié il y a quelques mois dans l'*Archiv für klinische Medizin de Ziemssen*, un travail sur cette maladie. Comme je ne puis pas supposer qu'il soit connu de tous ces Messieurs, je voudrais mentionner plusieurs points de la pathologie et du diagnostic avant de parler du traitement.

Je n'ai jamais observé de phthisie laryngienne primitive sans affection des poumons. Mais je ne nie pas la possibilité de son existence.

Je distingue trois formes : la première est la cordite vraie de la corde vocale inférieure. Elle n'est pas caractéristique de la phthisie, puisqu'elle peut être également catarrhale ou syphilitique. Elle finit par des ulcérations superficielles ou profondes, causées, comme je le crois, dans la plupart des cas par l'usure produite par le frottement de l'autre corde vocale, qui dans le commencement est rarement affectée.

La seconde et la troisième forme sont les ulcérations superficielles et profondes. Avec ces trois formes il peut se combiner l'infiltration tuberculeuse, l'œdème, dit collatéral, le sclérème, expressions synonymes.

Naturellement, on trouve souvent des combinaisons de ces trois formes. Je n'entrerai pas ici dans les détails microscopiques, qui ont été si bien décrits par M. Heinze. Il ne vous a pas donné une solution définitive de la matière, les opinions des auteurs étant encore trop controversées sur ce sujet. Je ne vous parlerai pas non plus de l'image laryngoscopique, que vous ne connaissez que trop bien.

Quant au diagnostic, la seule et grande difficulté existe pour le diagnostic différentiel de la phthisie et de la syphilis laryngées.

Vous connaissez tous cette difficulté causée par la ressemblance des changements morbides dans le larynx, par la difficulté d'une anamnése sincère et par la possibilité d'une combinaison de ces deux maladies.

Je me suis bien trouvé, dans des cas douteux, de donner pendant une semaine l'iodure de potassium à grandes doses, de 3 à 6 grammes par jour. Dans les cas d'ulcérations syphilitiques, on verra se produire une amélioration notable au bout de ce temps.

Les résultats que j'ai obtenus dans le traitement de la phthisie laryngée sont 19 cas de guérison complète sur 315 cas que j'ai vus pendant les trois dernières années, ce qui fait 6 % à peu près.

Par guérison complète j'entends une guérison du larynx et des poumons.

Dans le courant de cette année, j'ai vu 87 cas avec 9 guérisons; naturellement je ne proclame pas ces 9 cas comme définitivement guéris, mais ils le sont dans ce moment. Les 19 cas des trois dernières années sont tous restés guéris jusqu'à présent.

Si vous pensez que je n'ai réellement traité pendant un temps suffisant qu'un tiers à peu près de ces 315 cas, les autres n'étant plus revenus après les premières consultations, vous conviendrez que c'est pourtant une proportion remarquable de guérisons de cette maladie funeste.

Quant à la justesse du diagnostic, il faut bien que je fasse appel à votre confiance. Je répète que tous les malades avaient des affections des poumons.

Le traitement que je prescris ne contient rien de nouveau, excepté les grandes scarifications. Tous les autres remèdes ont déja été employés par d'autres médecins.

Le traitement se divise en deux parties, le traitement des poumons et celui du larynx.

Quant au premier, ce n'est pas ici le lieu de le discuter.

Mon expérience m'a montré la supériorité du traitement non médicamenteux, physiologique si vous voulez.

Je vais vous dire, en quelques mots, quel est ce traitement que je fais suivre à mes malades.

1.° Séjour continuel dans un air aussi pur que possible pendant le jour et la nuit. J'engage les malades à tenir les fenêtres ouvertes en été ou demi-fermées en hiver. J'envoie ceux qui en ont les moyens dans les montagnes, dans les forêts ou à la campagne. Je ne fais qu'une seule exception pour les malades atteints d'une inflammation même légère du larynx, auxquels le climat des hautes Alpes ne me semble pas convenir.

2.° Gymnastique des poumons mesurée selon les forces de chaque malade pour faciliter l'expulsion des glaires et pour engager les malades à profiter de ce qu'il leur reste de poumons pour favoriser l'hématose.

3.° Stimuler les fonctions de la peau par des frictions sèches ou par des lotions avec de l'eau froide. Un profit secondaire de ce remède est que les malades s'endurcissent contre les changements de la température.

4.° Une bonne nourriture mixte, pas exclusivement animale. En été, cure de lait; en hiver de l'huile de foie de morue à grandes doses, si le malade le supporte, sinon on la remplacera par des aliments gras. Traitement des affections de l'estomac.

Nous avons depuis une vingtaine d'année en Allemagne quelques établissements où ces cures se font sous la direction continuelle d'un médecin; par exemple, celui de l'inventeur de cette méthode, M. Brehmer à Goerbersdorf en Silésie, celui de Falkenstein près Francfort, etc., enfin les établissements de Davos, dont le climat cependant n'est pas bien favorable aux phthisiques laryngiens. Les résultats des cures de ces établissements sont très heureux quant à la guérison des poumons.

Le traitement du larynx demande avant tout un silence complet de la part du malade. J'admets que ce n'est pas toujours très facile à obtenir la loquacité morbide des phthisiques n'étant que trop connue.

Quant à la nourriture, il faut éviter toute chose irritante. Dans les cas graves, une nourriture demi-solide est préférable aux liquides.

Le traitement médicamenteux de la phthisie laryngée consiste d'abord dans l'emploi de la méthode antiseptique. Aussi est-elle adoptée par une grande partie des spécialistes dans tous les pays.

Il est absolument nécéssaire qu'on abandonne enfin les cautérisations à l'aveugle et l'emploi des topiques énergiques. Je ne les admets que dans les

cas d'ulcérations larges de l'épiglotte dans le stadium ultimum, pour produire une couche protectrice qui soulage quelquefois le malade pendant quelques heures. Dans les cas de granulations trop abondantes qui empêchent la cicatrisation des ulcérations, j'emploie des solutions faibles des caustiques et seulement dans le but mentionné et pour un temps restreint.

On se sert de la méthode antiseptique pour le larynx de différentes manières, principalement en inhalations à l'acide phénique, en instillations de glycerolé de créosote.

J'ai trouvé un remède très bon marché et facile à administrer dans le baume de Pérou, c'est-à-dire dans l'acide benzoïque qu'il contient. Je le fais inhaler 3 à 4 fois par jour pendant 5 minutes de la manière suivante. On prend un demi-litre d'eau bouillante (qu'on maintient en la plaçant sur un réchaud à l'esprit de vin), dans lequel je fais verser 8 à 15 gouttes de la mixture suivante:

Baume de Pérou . . .	10,0
Esprit de vin	5,0

Le malade fait les inhalations au moyen d'une espèce d'entonnoir conique formé d'une feuille de papier à cartes de la longueur d'un mètre. La largeur de l'entonnoir à son extrémité supérieure doit avoir la grandeur de la bouche, à l'inférieure celle du vase contenant l'eau.

Naturellement, il faut faire continuer ces inhalations pendant longtemps: depuis un mois jusqu'à un an. Il est bon de changer, pour quelques jours, les remèdes tous les 2 mois. L'effet de ces inhalations varie selon les cas.

Quelquefois, avec ou avant la guérison des ulcérations disparaît l'infiltration tuberculeuse. Dans la plupart des cas, il faut employer encore d'autres moyens contre les infiltrations.

Le moyen le plus sûr, selon mon expérience basée sur une grande quantité de cas, consiste dans les scarifications larges à travers toute la paroi postérieure du larynx, naturellement dans sa partie supérieure.

J'ai entrepris ces scarifications d'abord dans un autre but et ce n'est que peu à peu que je me suis convaincu de leur grande utilité pour guérir les infiltrations. A présent je les fais dès qu'une infiltration ne diminue pas par les inhalations dans 3 ou 4 semaines. La plupart des médecins craignent de faire une telle plaie sur un larynx phthisique. C'est avec le même sentiment que je les ai faites les premières fois, mais je me suis convaincu qu'elles ne sont pas nuisibles du tout, qu'au contraire, elles contribuent beaucoup à la guérison de ces affections.

Depuis longtemps, on a recommandé et fait les scarifications pour les œdèmes aigus du larynx et l'on a toujours recommandé de les faire grandes. C'est la même chose avec les œdèmes chroniques. Il faut d'autant plus les faire grandes, que les œdèmes chroniques ne se résolvent pas si vite, et que les plaies doivent rester ouvertes pendant quelques jours. Au bout de 3 à 4 jours, en général, elles se ferment, je devrais, dire malhereuseument. Les petites piqûres avec un couteau sont agglutinées déjà après quelques heures.

Je conseille de les faire avec une espèce de paire de ciseaux qui se ferment d'après le modèle d'un tonsillotome, en attirant les deux moitiés l'une contre l'autre. On introduit les ciseaux fermés derrière l'épiglotte, on les ouvre, on pousse en bas une branche dans le larynx, l'autre dans l'œsophage.

Le larynx est porté en haut par les mouvements de vomiturition, on coupe de la paroi postérieure ce qu'on a entre les branches. La douleur de l'opération n'est pas trop grande et ne dure pas longtemps; en général il n'y a qu'une petite saignée. Il est rare qu'on soit obligé de couper une seconde fois.

Je ne vous ai pas parlé des affections de l'épiglotte, je ne les ai pas vues guérir excepté dans quelques cas d'ulcérations superficielles. Les grandes scarifications faites avec un couteau arrondi soulagent aussi dans ces cas les malades pour un temps plus ou moins long.

Il est évident que, dans les cas d'ulcérations profondes des cordes vocales, il n'y a pas toujours après la guérison une restitution complète de la fonction. S'il y a une déformation des cordes par les cicatrices, la voix ne peut pas redevenir claire, elle reste plus ou moins voilée. Dans l'espace de quelques années, les cordes peuvent se rallonger, jusqu'à ce qu'elles reprennent leur aspect naturel.

Même dans ces conditions, on peut les considérer comme guéries tout aussi bien que dans beaucoup d'autres cas, le malade est soi-disant rétabli sans que pour cela il ait retrouvé l'usage complet de tous ses organes.

Je finis, Messieurs, en vous recommandant encore une fois sincèrement le traitement sus-mentionné.

Il faut d'abord se défaire de l'idée que cette maladie soit positivement incurable et, si vous vous donnez la peine de la traiter d'une manière rationnelle et sans perdre patience, je suis sûr que vous aurez la satisfaction de constater plus d'exemples de guérison que vous ne croyez.

Je serais heureux d'avoir pris l'initiative et je laisse à mes plus habiles collègues le soin de perfectionner le traitement que j'ai pris la liberté de soumettre à votre jugement.

M. Krishaber n'a jamais observé un cas de guérison. La tuberculose du larynx s'est toujours présentée à lui comme une affection fatalement mortelle et affectant une marche beaucoup plus rapide que la tuberculose pulmonaire. Il en est arrivé à penser qu'on devrait admettre, au point de vue clinique au moins, des tubercules bénins et des tubercules malins, et que le larynx, contrairement à ce qui peut exister dans d'autres organes (testicule, prostate, etc.) est envahi par des productions constamment malignes.

L'ulcération du larynx peut guérir sans doute elle-même, et les traces cicatricielles que l'on constate assez souvent dans le larynx des tuberculeux le prouvent bien; mais c'est *le malade* qui ne guérit pas: l'ulcération se produit de nouveau sur un point de l'organe, s'étend, revient même sur les parties déjà envahies, et évolue avec la marche progressive des affections malignes.

M. Massei est de la même opinion de M. Krishaber et observe que celui qui croit à la guérison de la phthisie laryngienne devrait croire de même à la possibilité de la guérison du tubercule.

M. Schnitzler dit d'avoir observé de nombreux cas de guérison de la phthisie laryngée et de les avoir constatés pendant 5 à 10 ans.

M. Stoerk s'appuyant sur ses nombreuses observations admet aussi la curabilité de la phthisie du larynx.

M. Gouguenheim croit aussi à la possibilité de la guérison de cette maladie et dit qu'il a trouvé très efficace la médication des ulcérations avec le chlorate de potasse.

M. Ariza expose ses observations sur la *laryngopathie gastrique* et il arrive aux conclusions suivantes.

1. Il existe une forme d'hypérestlésie laryngienne, non décrite encore, qui doit être dénommée laryngopathie gastrique.

2. L'intensité des souffrances laryngiennes, l'absence de signes objectifs dans le larynx, et la présence de symptômes dispeptiques suffisent pour établir le diagnostique differentiel.

3. Dans les cas de laryngopathie gastrique la dispepsie est toujours de date plus ancienne que la maladie du larynx; cependant, les malades ne se plaignent que de la gorge.

4. Pour obtenir la guérison il faut adresser le traitement à la dispepsie parce que c'est celle-ci qui tient sous sa dépendance les symptômes laryngiens.

M. Lennox Browne a la parole pour une communication sur la *tuberculose buccale, linguale et pharyngée.*

Le but de cette communication est de montrer par l'exposé fidèle des cas qu'il m'a été donné d'observer depuis 2 ans, qu'il y a d'excellentes raisons pour croire que la tuberculose de la langue, des membranes muqueuses des lèvres de la cavité buccale, du voile du palais, des piliers et du pharynx peut être par elle-même une maladie primaire (selon l'opinion soutenue par Isambert). Je me sens d'autant plus pressé d'appeler l'attention sur ces observations que dans mon ouvrage, *The Throat and its Diseases* publié en mars 1878 j'exprimais le doute que des preuves suffisantes eussent été données pour démontrer que le dépôt de tubercules dans le pharynx précédât leur développement dans d'autres parties du corps. J'avais émis cette opinion à la suite de la lecture des cas observés par Isambert Fränkel, See, Wendt, O. Weber et autres. A ce propos je ferai remarquer que d'après tout ce qui avait été publié jusque là c'était la seule conclusion possible car si l'on exclu le cas rapporté par Isambert, d'un enfant de 4 ans chez qui de « gros ronchus se produisirent » dans la gorge et dans la trachée, dont le bruit retentissant couvrait les phé- » nomènes stétoscopiques que pouvait faire percevoir l'auscultation de la poi- » trine et empêchait d'apprécier exactement l'état de la poitrine », (page 379-380), il ne s'est jamais présenté un autre cas dans lequel il n'y eût pas en même temps que la pharyngite une affection concomitante des poumons, quoique cependant le Docteur Fränkel lui-même prétend que la tuberculose miliaire du pharynx est une maladie qui attaque certainement les personnes saines; il admet naïvement que les cas rapportés par lui ne viennent pas à l'appui de l'opinion qu'il émet puisqu'il dit qu'il serait tout à fait oiseux de se demander si, « chez

» un homme ayant des cavités dans les poumons et une tuberculose miliaire » très-étendue, la maladie a commencé d'abord dans le pharynx ou ailleurs. » Cependant Isambert avec cette intuition qui fait le grand charme de ses beaux essais, va beaucoup plus loin et exprime sa croyance en une tuberculose miliaire aiguë spéciale du pharynx qui s'étend au larynx sans mener à la périchondrite et sans envahir jamais l'œsophage; il croyait cette maladie analogue à la tuberculose miliaire aiguë des poumons, analogie qu'il essayait de justifier « non seulement par l'analogie de la lésion anatomique mais aussi par » l'analogie de la marche et de l'évolution des deux maladies, marche rapide » promptement mortelle, pour la tuberculose miliaire de la gorge comme pour » celle du poumon ».

Néanmoins, j'ose le répéter, aucun des cas observés par Isambert ou par ses collègues et mentionnés par lui ne prouve (et j'ai déjà dit qu'il avait plutôt suggéré qu'affirmé cette opinion) que la tuberculose pharyngée se manifestant avant toute affection des poumons, est une maladie spéciale. Quoiqu'il eût selon moi des preuves cliniques suffisantes pour constater que « la tuberculose mi- » liaire est une pharyngite qui n'atteint le larynx que secondairement », et dans un des cas que je signale plus loin le larynx n'a jamais été affecté.

C'était avec regret que j'arrivai à conclure ainsi parce que j'ai toujours indiqué la possibilité ou plutôt la probabilité que le larynx n'est que rarement envahi le premier par les tubercules. J'ai vu plusieurs cas où un tel diagnostic avait été porté sur la condition du larynx par d'éminents spécialistes, qui après le plus soigneux examen n'ont découvert aucune trace de tubercules dans les poumons. Ce point cependant aussi bien que celui qui fait plus directement l'objet de cette étude ne peut être réglé d'une manière satisfaisante jusqu'à ce qu'une occasion se présente de faire l'autopsie d'un sujet offrant des signes ou des symptômes pharyngés ou laryngés et cela avant que les poumons soient atteints.

Une semblable occasion a failli se présenter dans le service de Fränkel. Un de ses malades mourut d'une diphtérie intercurrante, mais malheureusement la maladie tuberculeuse était trop avancée pour qu'il fût possible de résoudre ce point. — Que la phthisie pulmonaire existe souvent sans être découverte c'est là un fait que l'on ne peut nier et le cas suivant rapporté par Schepelern dans les *Archives générales de Médécine*, février 1880, peut être cité utilement ici aussi bien pour sa valeur intrinsèque et son intérêt que pour ses relations intimes avec le sujet qui nous occupe. C'est l'histoire d'une petite fille, agée de 9 ans, qui 5 mois avant son admission dans le service de Schepelern avait été attaquée d'un gonflement des glandes cervicales du côté droit; un mois plus tard le côté gauche fut aussi attaqué. Deux mois après, la déglutition devint difficile quoique les aliments n'eussent aucune tendance à passer par le nez ou le larynx, les signes caractéristiques de la phthisie devinrent manifestes et à l'époque de son admission dans le service de Schepelern il existait des signes particuliers d'ulcération du voile du palais s'étendant jusqu'aux piliers et à la luette. La mort survint un mois plus tard. Rien d'anormal n'avait été remarqué par l'auscultation ou la percussion de la poitrine, cependant après la mort il y avait infiltration d'une matière caséeuse jaunâtre; et on trouva des tubercules miliaires sur les deux plèvres, sur la surface du foie et le long des vaisseaux mésentériques. L'auteur déduit du fait clinique que la tuberculose avait pris naissance dans les glandes du côté droit d'où elle s'était étendue à la mem-

brane muqueuse pharyngée que la glande gauche n'avait été attaquée qu'ensuite et que plus tard l'affection avait gagné les poumons et les autres organes. Avant la publication des observations d'Isambert et de Fränkel j'avoue n'avoir pas reconnu cette manifestation des tubercules du pharynx, et en cela d'accord avec Morell Mackenzie *(Diseases of the Throat,* vol. I, pag. 99), j'avais jugé beaucoup de ces cas comme des affections tuberculo-syphilitiques ; mais autant que je puis me le rappeler, non seulement les progrès de la maladie avaient été très rapides mais encore les désordres pulmonaires s'étaient produits simultanément avec ceux de la gorge et avaient été aussi importants et aussi rapides.

Comme il n'est pas nécéssaire, dans l'état actuel de nos connaissances, de décrire le caractère clinique des ulcères tuberculeux du pharynx et cela surtout à un congrès de laryngoscopistes, le récit de mes observations sera presqu'entièrement limité aux constatations chronologiques des faits et je prendrai la liberté de présenter quelques déductions qui en découlent et qui selon moi méritent quelque considération. Je dirai tout d'abord que ces cas ne sont pas choisis, ils se sont tous produits dans ma pratique depuis que j'ai reconnu les conditions de la tuberculose.

Observation I.

Inflammation catarrhale intermittente du pharynx — Tuberculose pulmonaire aiguë de 8 mois — Tuberculose pharyngée à l'endroit precis de l'inflammation précédente.

Un ingénieur civil, âgé de 32 ans, né à Pittsburgh (Etats Unis d'Amérique), me consulta le 11 novembre 1878 pour la première fois pour un relâchement de la gorge amenant une irritation constante qui entretenait un catarrhe retro-nasal dont il souffrait depuis plusieurs années et qui s'étendait en arrière et en bas, et en hiver dans la trachée et les tuyaux bronchiques.

C'était un homme maigre et pâle, un peu dyspeptique mais dur au travail, doué de beaucoup d'énergie et de peu d'appetit. Sa santé était bonne et il pensait qu'il se serait porté parfaitement si sa gorge eût été en bon état. Les poumons paraissaient sains, mais de peu de capacité, et mesurés avec le spiromètre, donnaient vingt pouces cubiques au dessous de la capacité normale. Il était très-actif et faisait de longues promenades à pied sans fatigue. Aucun cas de maladie de poitrine n'avait existé dans sa famille mais on y pouvait trouver des cas de goute. Il n'avait jamais eu d'accidents vénériens, ne faisait aucun excès et vivait très sobrement. En examinant sa gorge, je remarquai que tout le velum était mou, relâché, de couleur pâle et parsemé de plusieurs petites veines enflées s'étendant jusqu'au pharynx qui était couvert d'un mucus tenace descendant des narines; seuls les piliers du pharynx étaient rouges, principalement les postérieurs. Les amygdales et le larynx étaient dans un état normal. Après un mois de traitement il était beaucoup mieux, mais vers le milieu de janvier il eût une sérieuse attaque d'inflammation du pharynx qu'il avoua n'être pas la première qu'il eût eu, rendant la déglutition très-pénible. Je le traitai avec succès par l'aconite, la glace et les pastilles de guaiacum ; extérieurement avec des compresses mouillées, de sorte que l'attaque fut réduite en trois jours et il reprit son travail.

Une autre attaque se reproduisit vers le milieu de février et une troisième en mars. Je traitai cette dernière attaque avec du colchyque à petites doses. Quoique j'eus cesse de lui donner mes soins comme médecin depuis le mois de mars, je le revis souvent et en juillet je remarquai qu'il avait l'air exténué; il m'avoua qu'il était très-souffrant par suite d'un travail trop soutenu; son associé étant parti pour l'Amérique, et son bureau

aussi n'étant pas très-sain. Je l'engageai conséquemment à aller passer quelque temps dans les Pyrenées ou en Suisse, ce qui lui étant complètement impossible il se décida à aller passer douze jours en Ecosse qu'il passa à chasser le chamois, et il revint beaucoup mieux portant. M'étant absenté quelque temps, je le revis à mon retour le 18 septembre et je fut frappé du terrible changement qui s'était produit pendant les sept semaines qu'avait duré mon absence. Il reconnaissait lui-même qu'il était malade, il avait plus particulièrement remarqué que son haleine était devenue très-courte, et à ce sujet il me dit qu'ayant été le dimanche précédent se promener à la campagne il avait été obligé de changer de route n'ayant pu gravir la côte d'une pente cependant très modérée, mais que malgré cela il avait fait quinze miles (c'est-à-dire trois lieues) ce jour là. J'étais si convaincu que le poumon commencait à s'attaquer que je lui dis de venir me voir immédiatement; à l'issue de la consultation j'allai voir le Dr. Douglas Powell qui confirma mon diagnostic d'une maladie récente tuberculeuse affectant la partie postérieure du sommet du poumon droit et d'un commencement d'attaque au sommet du gauche. L'opinion du Dr. Powell fut que les premiers symptômes ne remontaient pas à plus de deux mois, et il lui conseilla de prendre plus de repos en allant demeurer à Brighton, de ne venir à son bureau que deux jours par semaine, et aussi de partir le plus tôt possible pour le Sud de la France afin d'éviter la sévérité de l'hiver en Angleterre; mais en quelques jours une espèce de pneumonie avec température très-élevée survint et aussitôt que son état s'améliora, le 1 octobre 1879 on le transporta à Bournemouth. Au commencement un mieux léger se manifesta mais bientôt il retomba et nous n'eûmes plus, à partir de ce moment, aucune preuve satisfaisante de guérison du poumon épargné par la pneumonie, mais au contraire il y avait évidence d'infiltration étendue des deux poumons. Vers le mois de novembre il commença à éprouver une peine intense pour avaler, peine qui au lieu de céder aux remèdes, continua à augmenter. Je le revis le 10 janvier et je remarquai une ulcération très-prononcée et d'aspect typique tuberculeuse sur les piliers du pharynx et exactement à l'endroit qui avait été atteint par l'inflammation que j'avais traitée au commencement de l'année précédente. Rien, à partir de ce moment, ne put le soulager, et quoiqu'il revint à Londres avec l'espoir de retourner dans son pays natal, il mourut deux jours après son arrivée. Le corps, étant réduit par la maladie à l'état de squelette, l'autopsie ne fut pas possible.

Observation II.

Tubercule de la langue, trois ans — Affection des poumons, dix mois.

James C., 48, charrettier, admis à l'hôpital le 2 janvier 1879. Trois ans avant son admission, il souffrit premièrement de douleurs s'étendant de la langue à l'oreille dans l'intervalle et pendant la déglutition, depuis cette époque il avait encore souffert d'une ulcération de la langue accompagnée de douleur et de raideur du cou pendant l'hiver. Cette ulcération disparaissait complètement pendant l'été. A cela étaient venus s'ajouter pendant les derniers six mois, mal de gorge, toux, et amaigrissement; il avait toujours été exposé aux intempéries, et la plus minutieuse investigation avait failli à découvrir aucune probabilité qu'il ait jamais été atteint de syphilis. Il s'était marié à 18 ans et était le père de cinq enfants parfaitement sains; sa réputation était excellente et il avait occupé le même emploi toute sa vie; il n'y avait aucun cas de phtisie dans sa famille. Il était amaigri et usé: ses cheveux étaient prématurément gris et il paraissait beaucoup plus âgé qu'il ne l'était. Sa voix était quelque peu nasale et enrouée, l'articulation des consonnes nasales était défectueuse. Sa respiration était parfois embarassée pendant la nuit, et aussi à la suite de fatigues, et depuis quelques mois il avait une toux entrecoupée, pire après avoir pris de l'exercice, et accompagnée d'expectoration d'une quantité de mucus écumeux. La déglutition était difficile après le mastication complète et au commencement de l'inglutition. Les boissons chaudes, le poivre et les acides étaient très-

pénibles à la langue et cela l'avait forcé de choisir, pendant des années, la nature de ses aliments. A l'examen local, la langue se faisait remarquer par sa couleur pâle, molle dentelée, et était le siége de deux ulcères plats, pâles et granuleux formant des bords irréguliers et peu élevés; l'un était situé en dessous sur le côté gauche près du bout de la langue, l'autre sur le côté droit à peu-près vers le milieu : quelques-unes de ces petites granulations étaient des granulations de l'ulcère, mais d'autres d'une couleur grisâtre ou jaunâtre pouvant être détachées, et examinées à la lentille, avaient l'apparence de tubercules.

Il n'y avait pas de dents gâtées ni de racines près des ulcères, il y avait un élargissement mais peu prononcé de la glande linguale soux-maxillaire. Le laryngoscope montrait que l'épiglotte était congestionnée avec ulcérations sur le côté droit de sa surface laryngée et gonflement pyriforme des cartilages aryténoïdes, particulièrement le droit, et de la bande ventriculaire droite. En examinant les poumons, on pouvait entendre de la crépitation à l'inspiration au sommet du poumon droit, tandis qu'il y avait un manque de résonnance au sommet gauche avec crépitation et un son de double friction.

Pensant que l'ulcération était, peut-être, syphilitique, opinion soutenue plus fortement par mes collègues que par moi, nous prescrivîmes de l'iodure de potassium avec iodure de fer, et aussi de l'huile de foie de morue, et de plus un gargarisme de bichlorure de mercure avec inhalations pour le larynx et des médicaments pour la toux.

16 *janvier.* — La douleur est plus forte la nuit et en avalant la salive; un cautère galvanique fut appliqué sur les ulcères de la langue.

19 *janvier.* — Plutôt augmentation de douleur que diminution.

23 *janvier.* — Pas de changement dans les ulcères ni dans la douleur.

En février il quitte l'hôpital et essaie de travailler, mais le 13 mars il revint dans un état de prostration complète et souffrant d'une sévère broncho-pneumonie, et il meurt deux jours plus tard.

A l'autopsie on pouvait remarquer de grandes ulcérations du larynx desquelles il n'y à rien à dire sinon à faire remarquer en passant, à ceux qui nient le caractère spécial de l'ulcère tuberculeux du larynx combien est grande la similitude des ulcérations de ce cas avec ceux vus dans l'intestin et immédiatement reconnus par tous les pathologistes comme tuberculeux; et je prétends que les apparences laryngoscopiques pendant la vie sont tout aussi caractéristiques que celles observées après la mort. Les poumons étaient énormément infiltrés de tubercules miliaires, mais avec absence de cavernes, des collections caséeuses existaient dans la capsule surrénale de droite (la gauche n'existait plus) et dans les deux épidydimes. Les glandes bronchiques et mésentériques étaient élargies, et celles-là très pigmentées. Les glandes voisines de la mâchoire, ainsi qu'il l'a été constaté dans l'histologie de la vie, étaient également élargies et amollies. Nous avons gardé pour la fin l'examen de la langue, sur laquelle, pendant la vie, nous avions observé deux ulcères, mais les bords étaient complètement pâles et ramollis, le fond présentant l'apparence de viande crue, les fibres musculaires étaient découvertes et toute trace des élévations granuleuses disparues.

Observation III.

Tuberculose des gencives, quatre ans — Pleurésie de dix-huit mois — Hémoptysie, neuf mois.

M. G., 31, négociant. Admis à l'hôpital le 19 avril.

M. G. avait joui d'une bonne santé jusqu'à quatre ans avant son admission à l'hôpital; les gencives supérieures du côté droit devinrent sans cause apparente, très-enflées, molles et d'une couleur rouge brillant; les dents devinrent branlantes et très-douloureuses. Il n'obtint de soulagement qu'en en faisant extraire sept. Le mal alors apparut sur la surface intérieure des gencives des deux molaires postérieures de la machoire supérieure du côté gauche. Ces deux dents furent extraites et le mal disparut. Cependant.

graduellement il revint et comme il s'aggravait de nombreux médecins et chirurgiens furent consultés, mais sans résultat. Environ dix-huit mois avant son admission, il eût une attaque de pleurésie du côté droit et après sa guérison il fut envoyé à Malte, sur l'avis qu'un des poumons n'était pas parfaitement sain quoiqu'il n'y eut aucun signe de désordre. Là il engraissa de 14 livres en trois mois, et il revint chez-lui parfaitement guéri. Un mois plus tard, la maladie apparut de nouveau et envahit la moitié de la mâchoire inférieure du côté gauche. En septembre 1879 son médecin lui ordonna de l'iodure de potassium et des bains mercuriels.

Mais sous l'influence de ce traitement son état ne fit qu'empirer rapidement. En octobre il fut envoyé à la Riviera où il contracta un rhume causé dit-il par les vents froids de cette région, le résultat fut une inflammation des poumons qui le retint au lit deux semaines; ce n'est qu'après cette époque qu'il maigrit, s'affaiblit, et eût des sueurs nocturnes. Alors il perdit la voix, prit un nouveau rhume suivit d'une hémoptysie, et revint en Angleterre à la fin de janvier. Pendant son séjour à S.t-Rémo, sa déglutition qui était douloureuse depuis longtemps devint encore plus difficile après son hémoptysie. Je le vis le 27 février 1880 pour la première fois en consultation avec Monsieur Nunn et je le trouvai atteint d'ulcérations tuberculeuses des gencives du palais et de la membrane intérieure des joues. Le voile du palais, l'arrière-gorge et le larynx, portaient des preuves de tuberculose mais pas à une période avancée; il y avait endegréure des aryténoïdes, dépôt dans les plis inter-aryténoïdes mais sans ulcérations et l'épiglotte étant dans un état parfaitement normal. Sur ma recommandation le Dr. Douglas Powell le vit et émit le diagnostic de tuberculose au second stade du sommet droit et commencement d'invasion du gauche. Il fut parfaitement reconnu par tous ceux d'entre-nous qui le virent que quand la première attaque de ses gencives avait eu lieu il n'y avait aucune raison plausible pour laisser supposer aux nombreux médecins qui l'avaient vu l'attaque soit des poumons ou du larynx, et à son retour de Malte, douze mois avant ma première visite, il paraissait avoir complètement surmonté les effets de son attaque de pleurésie. Ce sujet n'avait jamais été atteint de syphilis; ce point ayant été scrupuleusement examiné, aussi bien par M. Nunn que par plusieurs autres. Il était père de trois enfants sains et bien portants. Son père et sa mère, quoique très-vieux, jouissaient d'une bonne santé; seulement un de ses frères était mort d'une affection pulmonaire après une courte maladie. A l'époque où il fut admis à l'hôpital, il était considérablement amaigri, le pouls rapide, la température élevée et la respiration oppressée. La voix aussi était couverte et presque éteinte et il avait une toux forte et continue avec de copieuses expectorations, la déglutition était douloureuse pour les aliments solides, durs et les aliments fluides épais, mais il pouvait avaler sans grand peine les bouillies; cependant il prétendit que sous ce rapport il était beaucoup mieux que lorsque je l'avais vu la première fois, l'action d'avaler étant presque impossible tant elle était douloureuse. Cela peut-être utile de constater ici qu'après plusieurs expériences sans résultat l'application qui avait apporté du soulagement avait été un mélange composé de teinture de Benjoin (Baume de Friar), de Camphre (Paregorie) et de Belladone mélangé avec un jaune d'œuf, et fréquemment employé par le malade et toujours peu de temps avant de prendre des aliments. Afin d'épargner une longue description, il suffira de dire qu'il y avait: 1° un petit ulcère plat sous le bout de la langue; 2° un plus large sur la surface intérieure de la membrane muqueuse buccale (qui ainsi que le voile du palais était d'une pâleur caractéristique) près de l'espace correspondant avec la dernière molaire supérieure; 3° un autre plus-large de tous s'étendant sur une portion considérable de la membrane muqueuse couvrant la partie postérieure de la mâchoire inférieure et les piliers du Pharynx du côté gauche. On pouvait remarquer qu'une partie avait été cicatrisée, ce qui avait eu lieu après l'application du mélange décrit plus haut. Le voile du palais était couvert de grains pareils à des grains de semoule, sous la membrane muqueuse. Le plus grand ulcère était exactement semblable à un intestin tuberculeux. L'amygdale gauche présentait quelques taches de follicules obstrués par une sécrétion caséeuse, et avait l'apparence ordinaire d'une glande tonsillaire atteinte d'une maladie chronique folliculaire. Il n'y avait que peu d'élargissement des glandes du cou qui a été décrit comme raide

et si douloureux que le sujet ne pouvait tourner la tête comme il arrive dans le tortis-colis.

Comme traitement on continua le composé à la teinture de Benjoin et de plus chacun des ulcères fut essuyé à la charpie et peint avec une solution de chlorure de zinc dans partie égale de glycérine et d'eau, et de morphine. L'inhalation de vapeur de Benjoin, chloroforme et d'aldéhyde, fut aussi employée deux fois par jour. Comme traitement interne nous ordonnâmes du sirop d'hypophosphite et de l'huile de foie de morue.

Vers la troisième semaine de mai, tout s'aggrava et particulièrement l'ulcère existant entre la joue et l'alvéole de la molaire droite supérieure qui devint très-pénible. J'appliquai la pointe cautérisante galvanique le 24 mai sans grand résultat apparent. Deux ou trois jours plus tard il eut une légère attaque de pleurésie, et après sa guérison quitta l'hôpital le 31 mai pour aller à la campagne. Le 15 juin il m'écrivit qu'il n'était plutôt pire mais il ajoutait:

« L'endroit de ma bouche où vous avez appliqué la batterie est tout-à-fait cicatrisé et la gencive est devenue aussi dure qu'auparavant. »

Il mourut hors de l'hôpital quinze jours plus tard, et l'autopsie ne put avoir lieu.

Ayant donné d'une manière aussi concise que possible la marche des 3 cas, qui je l'avoue, sont incomplets sur quelques points, l'autopsie n'ayant pas eu lieu dans 2 cas, et aucun détail n'étant donné des apparences microscopiques, je me permets de croire qu'ils aident à prouver la possibilité de l'évidence d'une tuberculose dans les régions de la bouche et du pharynx pendant un temps considérable avant que la maladie ne s'étende soit au larynx soit aux poumons.

Dans le cas N.° 1 quoique les ulcérations tuberculeuses actuelles n'aient eu lieu que quelques semaines après l'envahissement des poumons (et dans ce cas cela ne paraît pas venir à l'appui de mon argument) il n'en est pas moins instructif de remarquer que la tuberculose attaqua exactement la partie qui pendant des années avait été l'objet d'une congestion constante avec fréquente intermittence d'inflammation.

Dans le cas N.° 2. La langue avait été atteinte 2 ans et demi avant aucun symptôme d'affection pulmonaire ou laryngée et quoique l'ulcération linguale se fût cicatrisée, elle avait été ramenée successivement par chaque hiver.

Dans le cas N.° 3, de nouveau, il est à peine possible de douter que la condition particulière des gencives, (qui 2 fois, s'étaient cicatrisées, après l'extraction des dents, et sous l'influence d'un meilleur climat pour recommencer au retour en Angleterre et longtemps après une attaque aiguë de pneumonie), fut de la même nature que les ulcères qui plus tard se sont développés sur le voile du palais, la langue et la surface buccale; et dans ce cas mon opinion est supportée par celle du Dr. Douglas Powell qui m'a prêté son concours.

Dans les 3 cas il y a des preuves négatives suffisantes pour repousser l'idée d'une affection syphilitique et malgré que cette idée ait été suggérée dans le cas N.° 2 j'ose dire que les ulcères aussi bien dans ce cas que dans les autres n'ont jamais eu la moindre apparence syphilitique pouvant donner lieu à aucune pensée contredisant les renseignements donnés par chacun des malades.

Maintenant je vais dire un mot de l'étiologie: dans le cas N.° 1. Il y a de fortes raisons pour croire que les ulcérations se produisirent au *locus minoris resistentiæ* ce qui ne se rencontre dans aucun des cas rapportés par Isambert et Fränkel, et il y a certainement d'assez bonnes preuves d'irritation

précédentes des parties attaquées par les tubercules dans deux de mes 3 cas. Je ferai encore une autre supposition; dans presque tous, pour ne pas dire tous les cas où l'autopsie a eu lieu il y a eu évidence de la présence de tubercules dans les intestins, le foie etc., et dans beaucoup de cas aussi une tendance particulière aux affections glandulaires s'est montrée, telle que dans les parties adjacentes de la poitrine et du médiastin; ne serait-ce pas ces cas dans lesquels la maladie commence dans le système chylopoétique et plus tard envahit les poumons? La grande proportion d'enfants atteints comparativement aux cas observés jusqu'à ce jour, semble favoriser cette manière de voir.

Le fait noté par Isambert que l'œsophage n'est jamais affecté est de peu de valeur depuis qu'est reconnue la générale immunité dont jouit cette partie ainsi que l'estomac en ce qui concerne la tuberculose.

Pour la symptomatologie je dirai que dans mes trois cas il n'y avait pas autant d'élargissement des glandes cervicales comme dans quelques uns des cas précédemment observés.

Je consens parfaitement à accorder l'importance des signes et je suis certainement d'accord avec Isambert quand il dit que: « la dysphagie présente » un degré que nous ne lui avons vu atteindre dans aucune autre maladie, » même dans le cas de cancer et de phthisie laryngée avec ulcération et œdème » de l'épiglotte et des aryténoïdes ».

Je n'ai rien à ajouter sur la pathologie ni sur la prognose excepté que de déclarer que je partage l'opinion générale de la rapidité d'une terminaison fatale déjà signalée dans les cas qui précèdent, mais je conclurai par une ou deux remarques sur la question pratique du traitement local.

La plupart des auteurs dénoncent les caustiques et j'en ferais de même si je n'avais qu'à parler du nitrate d'argent et de mercure, des acides etc., mais dans mes mains la douleur actuelle du cautère-galvanique est bien autrement légère que le moins douloureux des moyens que je viens d'énumérer; et je n'ai aucune hésitation à déclarer que je l'emploie maintenant vu que je n'ai aucune crainte d'augmenter la douleur chez le malade. Si dans le cas N.° 2 elle ne fit aucun bien, certainement elle ne fit aucun mal tandis que dans le cas N.° 3, malgré les progrès rapides de la maladie, les ulcérations locales se cicatrisèrent après une seule application.

Il est cependant loyal de reconnaître que, dans ce cas, il y avait déjà tendance à cicatrisation après l'emploi d'un aussi doux détergent que le mélange de Benjoin et de Belladone.

L'addition de chlorure de zinc dans la proportion de 20 grains par once, réunit à la glycérine et à la morphine d'Isambert. Ce remède m'a semblé être de quelque service dans la pharyngite et la laryngite tuberculeuse, le mélange de glycérine et d'eau par moitié empêche l'irritation que cause la glycérine pure, à laquelle j'ai déjà plusieurs fois fait allusion dans mes travaux précédemment publiés. — L'insufflation de morphine qui d'ailleurs n'est pas d'une application facile ne m'a pas paru posséder de plus grands avantages que l'application d'eau sédative concentrée ou autre fluide astringent ou détergent.

Parmi les remèdes internes dont le but est de soulager le malade j'ai reconnu que l'administration de morphine avec ou sans bromure de potassium, et d'ammonium délayé dans un breuvage émulcent, épais tel que de l'eau d'orge ou du lait et pris doucement par gorgée, chaque gorgée demeurant dans la bouche une ou deux secondes, procure plus de soulagement que la manière

d'ordinaire employée pour faire prendre les médicaments. — De la glace fondue lentement dans la bouche ou sucée doucement est quelquefois excellente, tandis que l'eau chaude, dans d'autres cas, est préférable.

Quand la déglutition est presque impossible, un œuf cru, le jaune non crevé, avalé d'un seul coup est rarement rejeté; cela à l'avantage d'être, sous un petit volume, très-nutritif et d'un autre côté la gorge se trouve entièrement lavée par l'albumen qui certainement est un calmant de l'ulcération.

J'ai peur d'être obligé de reconnaître avec le docteur Fränkel que la connaissance de la tuberculose du pharynx fait plus d'honneur à notre talent de diagnostic qu'à notre habileté thérapeutique. J'ai donné les quelques détails qui précèdent afin de diminuer l'amertume de ce reproche en prouvant que, si nous ne pouvons guérir cette terrible affection, nous pouvons au moins soulager les souffrances des infortunés qui en sont atteints.

La question de la guérison définitive de la phthisie laryngienne étant de nouveau abordée M. Catti propose qu'en vue de l'importance de l'argument, on fixe dans le Congrès prochain, une séance tout exprès pour la débattre.

M. Gouguenheim fait l'exposé de sa communication sur *les plaques muqueuses du larynx.*

Il y a 20 ans, Czermak vit le premier des plaques muqueuses du larynx; peu après Türck, Gerhardt et Koth les décrivirent et ces deux derniers les trouvèrent 8 fois sur 54 cas de laryngite syphilitique secondaire, coïncidant avec des lésions analogues du pharynx et des parties génitales, et absolument analogues d'aspect avec ces dernières. Mais depuis des doutes s'élevèrent sur l'existence de cette lésion sur la muqueuse laryngienne. Un élève d'Isambert, M. Ferras, tout en admettant des laryngites secondaires ulcéreuses écrit que la plaque muqueuse est fort rarement observée.

Même opinion de la part de Morell Mackenzie.

Le Professeur Fournier de Paris, parle seulement *d'érosions.*

MM. Krishaber et Mauriac admettent les plaques et les décrivent, pour eux le siége le plus fréquent serait sur les cordes vocales inférieures.

Isambert n'admettait qu'avec la plus grande réserve l'existence de la plaque muqueuse laryngienne et il prétendait que la plupart des cas cités n'étaient autre chose que des ulcérations tuberculeuses.

Le Dr. Lennox Browne les admet et il les place surtout à l'épiglotte et à l'espace aryténoïdien.

Dans une monographie récente, un autre écrivain anglais le Dr Mac Neill Whistler décrit longuement cette lésion qu'il a rencontrée 26 fois sur 88 cas de laryngite syphilitique secondaire. Le siége le plus fréquent serait l'épiglotte, puis les cordes vocales inférieures, l'espace aryténoïdien, les cordes vocales supérieures. L'auteur prétend que dès le début, elles présenteraient un aspect papuleux qui permettrait de les distinguer des ulcérations catarrhales.

Le Dr. Libermann de Paris a rencontré 19 fois, sur 100 cas de laryngite syphilitique, des plaques muqueuses, dont le siége le plus fréquent serait sur les cordes vocales inférieures.

En Italie, MM. Masucci, Labus, Zawerthal et Massei admettent sans contestation l'existence de plaques muqueuses.

En 1879 je fis mes premières recherches et examinai toutes les syphilitiques de mon service; un de mes élèves, le Dr. Bouchereau en fit le sujet de sa thèse inaugurale. Son travail se base sur l'examen des six premiers mois, 135 malades furent observées et 59 fois le larynx était malade. Nous avons rencontré 31 fois des plaques muqueuses; 23 fois l'épiglotte en était le siége, les cordes vocales inférieures 6 fois, le repli glosso-épiglottique 1 fois, la région aryténoïdienne 1 fois.

J'ai continué les recherches pendant les 6 premiers mois de 1880, et sur 140 malades examinées, je trouvai le larynx intéressé 50 fois.

Sur ce nombre je rencontrai 18 à 20 fois des plaques muqueuses, et 14 fois l'épiglotte en était le siége, je ne les ai rencontrées dans les autres cas que sur les cordes vocales inférieures.

Dans cette dernière série de recherches, je n'ai constaté la présence des plaques muqueuses que sur l'épiglotte et les cordes vocales inférieures.

Comment se fait-il que des observateurs très exercés aient pu diverger d'opinion pour résoudre cette question de l'existence d'une lésion, si commune dans le syphilis, et qui certainement a presque autant de raison de se montrer sur la muqueuse laryngienne que sur d'autres muqueuses?

Nous croyons que cela tient à ce qu'on a attaché trop d'importance à une question d'apparence extérieure, on ne voulait admettre la plaque muqueuse qu'autant qu'elle ressemblait d'une manière frappante à une lésion du même genre observée communément sur d'autres régions.

A moins d'assister au début des papules, ce qui n'est pas facile à observer sur une muqueuse qui rougit et se tuméfie si vite; on comprend très bien que l'exiguité de l'organe ne permet pas facilement de constater une plaque muqueuse avec ses bords circonscrits, aspect opalin de ses bords et la dépression centrale. Dès que le larynx est envahi, les papules, fort petites, qui pourraient se former, ne tendent pas à se joindre et la figure qui en résulte est loin de donner naissance à une plaque muqueuse typique.

Il est bien rare d'observer ces dernières dans le larynx et c'est peut être là la cause des divergences qui séparent des cliniciens, pourtant bien exercés.

Toutefois le fait a pu être observé et dans mes observations, je possède quelque cas de ce genre.

Aussi, au lieu de faire une description générale de faits qui n'ont pas entr'eux une analogie de forme suffisante, je crois qu'il faut subdiviser le sujet, et décrire:

1.° Des plaques muqueuses érosives d'un aspect plus ou moins irrégulier.

2.° Des plaques typiques circulaires, analogues d'aspect à celles que l'on observe ailleurs.

3.° Des plaques très excavées, et dont le diagnostic ne laisse pas que d'être fort difficile. Est ce une syphilide plus avancée? est ce une lésion d'une autre nature? telle est la question qui se pose à l'examen; nous en reparlerons plus bas.

1. — *Plaques muqueuses érosives.* L'épiglotte en est certainement le siége le plus fréquent et quelquefois même le seul. Les deux faces de cet opercule deviennent le siége d'une rougeur très intense, et d'un gonflement rapide, d'une sorte de boursouflure surtout marquée au bord libre; l'épaisseur peut atteindre de 2 à 3 millimètres et au delà.

A la surface de cette rougeur peuvent se développer des ulcérations, sié-

geant surtout sur le bord libre de l'organe et la lésion dont je vais décrire la marche imprime à la laryngite un cachet à peu près pathognomonique.

Au début l'épithélium semble tombé et la muqueuse a en quelque sorte un aspect dépouillé, légèrement granuleux et entrecoupé çà et là de petites fissures, sortes de rhagades, empiétant à la fois sur la face antérieure et la face postérieure. Bientôt des exsudations d'un blanc jaunâtre, ou grisâtre se produisent sur ces surfaces dépouillées. Quand l'amélioration se produit, ces exsudations diminuent, l'aspect rouge granuleux réapparait, enfin, peu à peu le gonflement et l'hypérémie disparaissent, le tout en l'espace de 2 à 5 ou 6 semaines.

Parfois ces ulcérations reposaient sur un fond rouge, non tuméfié, elles avaient alors un aspect linéaire.

Les cordes vocales sont rarement le siége de lésions analogues à celles que je viens de décrire sur l'épiglotte. Quelquefois leurs bords sont le siége d'ulcérations allongées, d'un aspect linéaire, ayant quelque ressemblance avec les érosions épiglottiques, mais le plus souvent les rubans, tuméfiés, irréguliers, présentent un semis ou des raies alternativement rouges, roux, et gris, mais rien dans ces cas ne ressemble franchement à une ulcération. Habituellement quand le fait se produit, l'ulcère repose sur des parties assez nettement papuleuses; nous en reparlerons tout à l'heure.

Nous avons aussi rencontré des érosions sans élevure à la face antérieure de l'épiglotte, au niveau ou près du ligament glosso-épiglottique; une seule fois nous avons observé une lésion de ce genre à la région aryténoïdienne.

2. — *Plaques typiques, circulaires. – Epiglotte.* — Parfois les ulcérations que je viens de décrire, étaient moins diffuses, plus limitées et reposaient sur des papules de dimensions variables. Ces papules pouvaient exister soit sur un seul bord, soit sur les deux bords de l'*épiglotte.* Dans le premier cas, elles imprimaient au côté où elles siégeaient une déformation très notable, dans le 2e cas les bords de l'épiglotte semblaient s'accoler à leur face postérieure. Ces ulcérations alors avaient bien l'aspect des plaques muqueuses vulgaires, facilement reconnaissables, mais elles étaient bien plus rarement observées, que les précédentes et c'est peut être la raison qui avait fait admettre la rareté des plaques muqueuses laryngiennes.

Cordes vocales inférieures. — Quelquefois à la surface des cordes très rouges, très gonflées, peuvent se montrer des points blancs, circulaires, légèrement proéminents, ayant la dimension d'une grosse tête d'épingle et siégeant symétriquement à la face supérieure des cordes. Ces faits sont rares et je les considère comme douteux.

Les faits suivants sont plus fréquents et hors de toute contestation. Les cordes gonflées et déformées assez habituellement, peuvent l'être surtout vers la partie médiane, elles présentent en quelque sorte l'aspect d'un fuseau, en même temps des ulcérations peuvent se développer sur le point renflé et empiéter sur la corde dans une certaine étendue; ce sont là sans aucun doute, de vraies plaques muqueuses des cordes, mais ces cas ne sont pas fréquents.

Il est vrai que les exsudats disparaissent facilement en certains cas, soit spontanément, soit sous l'influence des pansements et l'examen fait alors pourrait éveiller un doute.

Ces plaques que je viens de décrire sont symétriques, quelquefois une des deux est plus volumineuse que l'autre.

3. — *Plaques muqueuses très excavées et d'un diagnostic difficile.* J'ai vu 3 cas de ce genre. Chez une femme de mon service et un homme de ma clientèle, ils coïncidaient avec d'autres manifestations syphilitiques et la nature du mal était impossible à méconnaître. J'observai en les examinant une ulcération située sur un des bords de l'épiglotte, ulcération très excavée, à bords presque taillés à pic et entourés d'un bourrelet rouge assez élevé Je fus très surpris de la présence d'une lésion en apparence si avancée à une période si prématurée de la syphilis, et sur le moment, je crus à une syphilide tertiaire précoce. Grâce au traitement interne et surtout au pansement avec une solution très concentrée de nitrate d'argent et même avec le crayon, l'ulcération disparut rapidement et il ne resta plus qu'une surface rouge, presque plane et de l'hyperplasie qui ne disparut que lentement. Le prétendue syphilide tertiaire n'était autre chose qu'une plaque muqueuse à bords très saillants et dépression centrale très accusée. Chez mon 3e malade, homme de 50 ans, j'observai la même lésion, mais il n'y avait ni syphilide muqueuse, ni syphilide cutanée. Le malade me fut adressé avec la rubrique, *phthisie laryngée*, et je partageai cette erreur, d'autant plus que le sujet était affaibli et très pâle. A un examen ultérieur, je constatai pour la première fois l'apparition de plaques muqueuses bucco-pharyngiennes et malgré les dénégations du malade, je prescrivis le traitement spécifique, et je pansai vigoureusement la plaque ; la guérison ne se fit pas attendre.

Ces faits m'en rappelèrent un autre que j'observai au moment où je dirigeais un service de médecine à l'hôtel Dieu-Annexe de Paris.

J'avais lu dans le *British med. Journal* un article d'un médecin anglais, exerçant à Cannes où l'on vantait le traitement de l'épiglottite tuberculeuse par les pansements au nitrate d'argent. Je pratiquai ces pansements sur toutes mes épiglottites tuberculeuses, et il y en avait beaucoup; une seule guérit, à ma grande surprise. Je suis convaincu actuellement que ce malade était un syphilitique.

Je n'ai jamais vu sur les cordes des plaques analogues à celles que je viens de décrire, mais le mémoire du Dr. Mac Neill Whistler, contient la relation de quelques cas qui auraient avec les miens, quelque analogie, il les appelle ulcérations intermédiaires. J'ai lu ces quelques observations attentivement et je crois bien que les ulcérations décrites n'étaient autre chose que des accidents tertiaires développés d'une manière précoce, au bout de 6 mois à un an de maladie. Le traitement parait conforme à cette manière de voir.

Je ne m'occuperai pas dans cette communication de la symptomatologie fonctionnelle que je confonds avec celle de la laryngite, sans ulcérations ni plaques muqueuses.

Je me contenterai de dire que la durée de ces plaques a été assez variable suivant leur siége; sur l'épiglotte, elles ont duré de 1 à 2 mois, sur les cordes vocales de 1 à 5 mois. Mais ce qui influençait surtout la durée, c'était le degré d'hyperplasie qui accompagnait les ulcérations.

Nous avons vu une fois sous l'influence d'une stomatite mercurielle très intense, des lésions très tenaces du larynx disparaître rapidement. Il est vrai que nous avons vu une autre fois un fait absolument contraire.

Le traitement interne ne diffère en rien de celui des autres manifestations de la syphilis secondaire. Mais le pansement est indispensable; il faut le faire sur l'épiglotte avec le crayon de nitrate d'argent, dans l'intérieur du larynx

avec une solution de $^1/_{20}$ à $^1/_{10}$, il n'y a rien à craindre; le larynx dans le syphilis secondaire est très tolérant.

Voici à présent les conclusions:

1° Les plaques muqueuses existent dans le larynx;

2° Elles s'y présentent sous divers aspects, et c'est la cause qui les a fait admettre par les uns, repousser par les autres;

3° Elles se présentent sous trois formes différentes: 1° plaques muqueuses érosives, à aspect plus ou moins irrégulier, reposant ou non sur un fond hyperplasié; 2° plaques typiques, circulaires, analogues d'aspect à celles que l'on observe ailleurs; 3° plaques très excavées et d'un diagnostic parfois fort difficile, soit au point de vue de la période morbide, soit même de la nature de la maladie;

4° L'épiglotte est le siége le plus commun des plaques muqueuses, et c'est surtout au bord libre qu'elles se trouvent;

5° Les cordes vocales sont plus rarement le siége de cette lésion;

6° Sur les autres parties du larynx on ne les observe presque jamais, ou bien plus rarement;

7° Le diagnostic est habituellement facile, en raison, non seulement du siége de la lésion et de l'aspect qu'elle présente, mais surtout à cause de la circonstance d'accidents secondaires syphilitiques;

8° La marche de l'affection est variable, suivant l'étendue et la profondeur des tissus envahis, la durée est d'un à cinq mois;

9° Les plaques muqueuses de l'épiglotte guérissent plus rapidement que celles des autres parties;

10° Le traitement doit être non seulement interne, mais externe, et dans ce dernier cas, les pansements peuvent et doivent être faits avec une forte solution de nitrate d'argent de un dixième à un vingtième.

M. Massei dit que selon son expérience la cautérisation locale n'est pas toujours nécéssaire.

M. Krishaber bien qu'il cite de bons résultats de la cautérisation ne la juge cependant pas indispensable.

M. Gouguenheim soutient que la guérison est plus prompte.

M. Schnitzler affirme que l'aspect caractéristique de la plaque suffit pour le diagnostic quand même il n'existe d'autres manifestations syphilitiques. Il a eu de bons effets des inhalations d'une solution de sublimé corrosif.

M. Grazzi préfère au nitrate les solutions de sublimé corrosif.

La séance est levée à 6 heures.

QUATRIÈME SÉANCE

5 Septembre 1880

La séance est ouverte à 9 heures.

Prennent place au bureau M. Labus, Président — MM. Ariza, Elsberg, Krishaber et Stoerk, Vice-Présidents — MM. Frua, Urbino et Zawerthal, Secrétaires.

M. Frua donne lecture des procès verbaux des séances précédentes qui sont approuvés.

M. le Président fait part à MM. les Membres du Congrès des invitations faites par le Comité ordinateur du Congrès international d'Otologie et par le Comité ordinateur du Congrès de l'Association médicale italienne d'assister aux susdits Congrès qui s'ouvriront le premier à Milan le 6 septembre, et le second à Gênes le 15 du même mois.

L'ordre du jour appelle la détermination du siége de la prochaine session du Congrès.

M. le Président communique une invitation des principaux médecins laryngologistes de l'Angleterre à vouloir tenir dans l'année 1881 à Londres le deuxième Congrès international de Laryngologie, et une autre invitation de MM. Semon et Walker pour intervenir à la subsection laryngologique dans le Congrès médical international de Londres de 1881.

Après quelques discussions l'Assemblée unanime décide de ne pouvoir correspondre à la première invitation, car le règlement établit que les Sessions du Congrès auront lieu tous les deux ans, et à propos de prendre part à la subsection laryngologique du Congrès de Londres, ne trouvant pas digne que l'on ait assigné une subsection, l'Assemblée déclare d'intervenir seulement s'il y aura une section comme pour les autres branches médicales.

Ensuite M. le Président invite à choisir le siége de la prochaine réunion et selon le désir exprimé par M. Krishaber, il propose qu'elle ait lieu à Paris dans le mois de septembre 1882.

La proposition, mise aux votes, est approuvée unanimement, et par acclamation sont élus à former le Comité ordinateur MM. Krishaber, Fournié et Gouguenheim.

M. le Président invite MM. les Membres à vouloir référer sur les travaux des Confrères absents dont on les avait chargé dans la deuxième séance.

M. Catti donne relation du travail de M. Sidlo, ayant le titre: *Du traitement de la diphthérite avec le couteau.*

L'auteur a mis en pratique son procédé thérapeutique depuis le 1873 à l'I. R. Hôpital militaire N. 1 de Vienne.

Les résultats sont:

1. Un immediat soulagement des douleurs dans la gorge et de la disphagie; après plusieurs incisions le malade peut avaler.

2. La tuméfaction des tissus, ce qui produit la sténose, diminue tout de suite; les patients respirent librement. Si on peut activer le procédé le premier jour, on éloigne le danger de suffocation.

3. Les exudats diphthéritiques et gangreneux se détachent dans un temps plus bref.

4. La tuméfaction énorme du cou disparait rapidement à la suite de l'évacuation des sécrétions putrides par les incisions pratiquées dans le pharynx et dans le larynx.

5. Le malaise cède, la fièvre et la faiblesse s'améliorent, le sommeil et l'appetit reviennent.

L'auteur dit qu'il est arrivé à baser son procédé sur l'étude de la cause de la diphthérite, qui consiste, selon lui, dans un refroidissement des tissus analogue au refroidissement des parties périphériques; par conséquent il ne la croit pas une maladie contagieuse, et dans son service à l'Hôpital sus-mentionné l'on ne pratique ni séparation des malades ni désinfection.

Le procédé thérapeutique consiste à pratiquer dans les parties malades, pharynx, larynx, des incisions pendant trois jours et dans les cas graves même deux, trois fois par jour. L'on ne doit pas faire des piqûres, mais des vraies incisions correspondantes à la profondeur de la tuméfaction, faisant toujours observation au décours des vaisseaux dans la région. Pour le larynx il faut se servir du bistouri de Türk.

M. Krishaber donne un resumé du suivant travail de M. Koch sur *L'ignipuncture dans les affections des premières voies respiratoires.*

L'emploi très fréquent du thermocautère Paquelin a fourni à l'auteur dans les derniers temps des résultats très satisfaisants, résultats qui permettent de ranger l'ignipuncture en général et spécialement l'ignipuncture par le thermocautère Paquelin parmi les différentes méthodes de traitement des affections buccales et pharyngiennes. Naturellement l'emploi du thermocautère n'est possible qu'aux endroits que l'on peut atteindre sans toucher nécessairement des parties saines, quoique l'effleurement accidentel d'un endroit sain n'ait pas les moindres suites fâcheuses. D'après ce que l'on vient de dire, il ne peut s'agir do l'emploi du thermocautère qu'à la partie antérieure des fosses nasales, des lèvres, des organes de la bouche, des amygdales, du voile du palais, de la luette, et surtout des affections pharyngiennes.

Si les cancroïdes labiaux viennent en traitement à une période peu avancée de l'affection, période à laquelle les tissus profonds des lèvres ne sont pas atteints, c'est à dire quand il n'y a pas encore nécessité d'opérer moyennant la lame tranchante la section triangulaire bien connue, on détruit facilement le cancroïde en promenant à plat le couteau thermique sur les parties dégénérées et en faisant une petite pause chaque fois que la chaleur rayonnante commence par produire de la douleur dans les tissus sains environnants; dans tous les cas récents de cancroïde labial, deux tout au plus trois cautérisations ont suffi pour opérer la destruction. La cicatrice qui reste après que l'eschare est tombé, était dans tous les cas à peine visible et jusqu'à présent l'auteur n'a pas vu de récidive.

Trois cas de tumeurs fibreuses des gencives ont été traitées de la même façon: après en avoir ôté la majeure partie moyenuant les ciseaux courbes, le reste fut traité par l'ignipuncture. Dans tous les trois cas des névralgies insupportables ont suivi ces cautérisations; dans un cas la dent voisine est tombée en morceaux quelque temps après. Ces effets non voulus d'une chaleur intense apprennent qu'il ne faut pas faire usage de l'ignipuncture quand le métal chauffé au rouge blanc doit agir nécéssairement à proximité du périoste, des ramifications nerveuses et des dents.

Une application de l'ignipuncture, plus encourageante que la dernière, est offerte dans le traitement des amygdales hypertrophiées. Quand les amygdales malades ne surpassent pas suffisamment les arcades pour être coupées moyennant le tonsillotome et quand tout de même elles sont le siége d'inflammations et d'abcès fréquents, quelques cautérisations énergiques moyennant le thermocautère pointu suffisent pour réduire la tonsille à un volume minîme. Il faut chaque fois attendre que l'eschare provenant d'une première cautérisation, soit tombé avant d'en opérer une seconde. En appliquant le cautère, il est presque impossible de ménager tout-à-fait les arcades antérieures, d'abord parce que l'on est forcé d'introduire le cautère un peu obliquement entre les arcades antérieures et postérieures et ensuite parce que les mouvements réflexes des muscles palato-glosses et palato-pharyngiens opèrent un rapprochement involontaire entre les arcades antérieures d'un côté et le métal incandescent de l'autre. Quand les tonsilles dépassent de beaucoup les arcades et qu'elles se rapprochent de la luette, on les ôte autant que possible moyennant l'amygdalotome, on laisse guérir les plaies et les cicatrices se rétracter; mais on sait que malgré cette rétraction il reste toujours une partie de l'amygdale, partie qui est toujours capable de s'inflammer et de produire tous les tourments d'une amygdalite; c'est même là un défaut que l'on reproche aux tonsillotomes. Ce sont ces restes d'amygdales qui sont détruits avec le plus grand succès par l'ignipuncture et c'est cette dernière qui complète en quelque sorte l'opération de l'amygdalotomie.

L'œdème et le gonflement chronique de la luette présentent une quatrième méthode d'emploi de l'ignipuncture. On sait que par l'instrument tranchant on n'opère pas toujours une section tout-à-fait horizontale de la luette, que l'on réséque souvent une partie trop grande ou trop petite. En tenant le couteau thermique horizontalement à plat sous la luette de façon à ne pas fléchir cette dernière et à ne pas toucher la paroi pharyngienne postérieure en retirant l'instrument dès que la chaleur rayonnante et la vapeur incommodent le malade, on parvient en deux ou trois séances à produire un raccourcissement tout-à-fait horizontal, non douloureux, bien défini et permanent à cause de la cicatrice qui se forme à l'endroit brûlé.

Ensuite M. Kock s'arrête sur cette affection pharyngienne chronique appelée *pharyngite granuleuse — pharyngite glanduleuse — pharyngite des chanteurs — pharyngite des prédicateurs — pharyngite des orateurs — pharyngite des fumeurs* à cette affection qui, sans contredir, forme la majeure partie des maux de gorge en général, qui forme la désolation des médécins appelés à la traiter et qui, sans compromettre la vie, constitue néanmoins un fléau pour les malades dont l'existence personnelle dépend de l'intégrité de leur voix. Le mal frappe presque exclusivement des personnes appelées à occuper des appartements dont l'air est chaud, sec et rempli de poussière;

si, de plus, ces mêmes personnes sont forcées à respirer continuellement par la bouche et si le travail exagéré de leurs poumons nécéssite des mouvements respiratoires plus accélérés; en d'autres termes: si un air vicié vient frapper continuellement et directement la muqueuse pharyngienne sans être étuvé par son passage préalable à travers les fosses nasales, on trouve dans cette respiration accélérée, anormale, un autre facteur nuisible en plus. La muqueuse pharyngienne est déséchée et irritée, l'afflux de sang aux glandes acineuses a pour effet d'augmenter la sécrétion de ces dernières, l'hyperplasie des corpuscules muqueux se forme, les produits de la sécrétion deviennent plus épais, les ouvertures des glandes sont bouchées, ces dernières grossissent en dépassant le niveau de la muqueuse, les vaisseaux afférents amènent une plus grande quantité de sang tandis que dans les vaisseaux déferents le sang trouve de l'obstacle à circuler; il se forme des ramifications variqueuses autour des granulations. A ces symptômes objectifs correspondent très exactement les symptômes subjectifs. Sensation de sécheresse, le besoin d'espectorer qui se manifeste par cette petite toux sèche, continuelle, sans expectoration; perte de la voix. Si l'on trouve en face de ces granulations si rétives, comme on sait par expérience, que ces granulations résultent de la simple hypertrophie et de l'hyperplasie des éléments glandulaires existant à l'état normal, que ces granulations proviennent d'un travail hyperplasique qui se fait indépendamment des glandes muqueuses; enfin que ces granulations soient l'expression d'une hypertrophie partielle du tissu cellulaire sousmuqueux, peu importe; si nous trouvons en face de ces granulations la tâche du medecin consistera toujours à les détruire d'une façon rapide, car ces granulations qui primitivement sont les suites nécéssaires d'une irritation prolongée, deviennent à leur tour la cause d'une irritation continuelle plus tard; les malades tournent ainsi dans ce cercle vicieux duquel il ne peuvent être arrachés que par la destruction de cette espèce de corps étrangers. Déjà le grand nombre de remèdes préconisés contre la pharyngite glanduleuse prouvent ici, comme partout ailleurs, du reste, que l'on ne possède aucun médicament qui mérite confiance. On sait, qu'est ce que on a à tenir de la médication interne, et quelle arrière pensée humiliante nous prend chaque fois que l'on prononce les mots de *pharyngite artritique et herpétique.* Quant au traitement topique on sait que les caustiques qui par leur action chimique pourraient détruire les granulations ne peuvent pas être employés parce que on ne sait pas limiter leur action à volonté, tandis qu'en proportion plus faible ils agissent comme de simples astringents et ne font que soulager sans guérir. L'ignipuncture, que l'auteur emploie depuis plus d'un an, lui a fourni des résultats tellement satisfaisants qu'il s'en sert exclusivement dans tous les cas de pharyngite granuleuse; ces resultats coincident parfaitement avec ceux que Krishaber a publiés dans le n. 2, 1880 des *Annales des maladies de l'oreille et du larynx.* Le thermocautère pointu est mis en contact pendant un moment très court avec chaque granulation séparément; il n'y a aucun inconvénient, que dans la plupart des cas, la pointe mousse de l'instrument soit plus large que la granulation à détruire; au contraire, la cautérisation est d'un effet salutaire sur les vaisseaux variqueux qui entourent ordinairement les granulations. Chez les premiers malades que l'auteur a traités de la sorte il n'osait brûler que deux ou trois granulations en une séance; quand contre toute attente la douleur et la réaction ont été si minimes, il a augmenté successivement le nombre des cautérisations dans une même séance, de sorte qu'en ce moment il détruit dans chaque séance les granulations en tenant deux de ces séances par semaine. Il est rare qu'il faille plus de deux semaines pour reduire le pharynx les plus granuleux à un état plus ou moins normal. Jusqu'à présent il n'a vu de récidive aux endroits une fois cautérisés, et s'il y a eu de nouvelles granulations, ces dernières ont apparu en d'autres places. Les malades, une fois qu'ils ont survaincu l'émotion occasionnée par le métal incandescent, préfèrent l'ignipuncture aux cautérisations astringentes ordinaires; l'ignipuncture, en effet, n'est pas suivie du goût métallique si désagréable; la chaleur rayonnante du métal, les vapeurs d'éther ou de benzine, l'odeur de chair brûlée n'incommodent les malades en aucune façon. En somme un très grand nombre de cas de pharyngite granuleuse traités de la dite façon lui ont

appris que l'on possède dans l'ignipuncture le meilleur remède contre une affection si rebelle et que cet agent thérapeutique surpasse de beaucoup tous les autres traitements topiques lesquels, tout en poursuivant le même but, sont plus désagréables, plus longs, moins sûrs et toujours suivis de récidive.

M. Hering donne relation de la communication de M. Fieber sur un *nouvel instrument pour l'extirpation des membranes transversales pathologiques dans les voies aériennes.*

L'extirpation des membranes pathologiques transversalement étendues dans l'intérieur du larynx est assez difficile.

L'auteur ne trouve pas exact le mot *fausses membranes*, car on peut les confondre avec les produits d'exsudation qui représentent les moments caractéristiques du croup et de la diphthérie.

Il s'agit au contraire de ces membranes lesquelles — semblables aux membranes des palmipèdes — sont situées soit entre les cordes vocales, soit au dessus ou au dessous de celles-ci et se présentent dans toute leur étendue à l'inspiration, mais moins à l'expiration.

Le traitement plus usité de ces membranes transversales fut jusqu'à présent de les fendre dans la ligne médiane ou même dans un autre partie et puis d'attendre leur atrophie ou détruire les parties flottantes par des moyens mécaniques ou chimiques. Vu les résultats peu favorables de ce procédé, l'auteur a imaginé un instrument avec lequel on peut enlever des parties considérables de la membrane. (Voir à page 42 la description de l'instrument qui a été presenté au Congrès).

M. Schmidt fait le relation du travail de M. Porter sur l'*excision de l'épiglotte.*

Généralement l'on croit que le but de l'épiglotte soit de couvrir l'entrée du larynx au moment de la déglutition. Cela est erronée.

Les aliments ne viennent pas en contact avec l'épiglotte, parce qu'ils sont portés en arrière par la base de la langue. C'est celle-ci qui protège principalement le larynx de l'introduction des aliments.

Une preuve que l'épiglotte n'a pas ce but, est donnée par les malades qui ont une destruction même complète de ce cartilage, et pourtant n'avalent pas de travers.

La fonction de l'épiglotte d'après les expériences principalement de M. Walton (*Journ. of Physiology*, sept. 1878), consiste à modifier et diriger les ondes sonores dans les passages naturels. Dans les cas où manque l'épiglotte, il y a une altération gutturale de la voix.

Si l'épiglotte n'est pas nécéssaire à ces fonctions vitales, rien n'empêche de l'enlever dans les cas où on le croit opportun. M. Porter racconte d'un homme de 44 ans chez lequel il a trouvé une tumeur exulcerée sur le bord droit de l'épiglotte qui causait des difficultés de deglutition. Il l'a opérée à l'aide d'un forceps tranchant d'en avant en arrière. Une légère hémorrhagie qui suivit fut arrêtée par le sel de Monsel. Il n'y eut difficulté d'avaler même pour un seul moment.

La tumeur était un enchondrome fibreux.

M. Porter joint à son travail un résumé de 6 cas de perte de l'épiglotte observés par les autres et trois cas observés par lui, dans lesquels il n'y avait difficulté à avaler.

M. Stoerk donne rapport des deux communications de M. Rumbold: *Inflammation chronique du larynx et son traitement. — Instruments pour faire des applications aux cavités nasales, naso-pharyngienne et au larynx.*

L'auteur parle d'une forme d'inflammation laryngienne secondaire ou catarrhe naso-pharyngien à la suite des efforts que fait le patient pour l'élimination des produits de sécrétion de la cavité naso-pharyngienne. A la sensation de chatouillement dans le la-

rynx suit bientôt le flux d'un mucus tenace blanchâtre ressemblant à de la gelée, qu n'a pas encore l'aspect muco-pus, et quelque fois est un peu teint par la poussière inhalée pendant le jour.

En suite, surtout après certaines inhalations de vapeur, l'expectoration et l'enrouement sont beaucoup augmentés avec la douleur locale et les symptômes de poitrine. La voix devient facilement rauque et la fatigue à parler est excessive. A ces symptômes quelquefois viennent se joindre des troubles nerveux parmi lesquels surtout l'insomnie et une sensation de sécheresse dans la gorge, causée par la nécéssité de respirer par la bouche étant les cavités nasales remplies des mucosités aussitôt que la tête est dans une position inclinée en arrière. Dans l'automne et le printemps, à cause du changement brusque de la température, si les malades sont enrhumés, ils peuvent avoir aussi des accès de suffocation en forme de spasme pendant le sommeil.

Après la description des symptômes, l'auteur fait des considérations appuyées à ses observations d'une période de 15 années, pour lesquelles il a pu établir qu'il faut rechercher la cause de tous les symptômes laryngiens décrits dans un catarrhe pharyngo-nasal avec hypersécrétion, et que le patient se trompe quand il rapporte au larynx toutes les mauvaises sensations qu'il éprouve, et pour l'en persuader il suffit de rappeler son attention lorsqu'il fait des pulvérisations des liquides médicamenteux dans la cavité naso-pharyngienne: alors il jugera que le médicament arrive précisément sur la localité qu'il croit malade.

Non seulement les lésions du laryux sont souvent secondaires au catarrhe naso-pharyngien, mais aussi l'hypertrophie des glandes de la paroi postérieure du pharynx et de la luette.

Le traitement suivi par l'Auteur consiste dans l'application de pulverisations combinées pour la cavité naso-pharyngienne et laryngienne.

Pour rejoindre le but que l'auteur se propose avec sa méthode et ses instruments, il faut prendre soin:

1° Que l'application soit faite sans produire de l'irritation.

2° Que les remèdes puissent atteindre toutes les parties de la surface malade daus les cavités.

3° Que les applications enlèvent toutes les sécrétions morbides.

Les moyens pour y arriver sont:

1° Les gargarismes.

2° Les appareils par lesquels des inhalations de vapeurs chaudes et froides sont appliquées.

3° Un pinceau.

4° Les pulvérisateurs (*spray-producers*).

L'Auteur, après avoir examiné soigneusement les qualités de ces différentes manières de médication, s'arrête surtout à l'emploi des pulvérisateurs, qui possèdent toutes les qualités essentielles pour l'application uniforme des substances liquides à la cavité naso-pharyngienne et laryngienne, et pour l'élimination dès produits morbides de sécrétion.

A ce propos, l'instrument proposé par l'Auteur est coustruit de la même façou des pulverisateurs communs. La pulverisation des liquides est obtenue avec un jet d'air comprimé qui sort d'un tube de verre placé en proximité d'un autre tube de verre convenablement recourbé et qui se trouve en communication avec le réservoir contenant les liquides médicamenteux.

Tout l'appareil est constitué de plusieurs de ces tubes associés et differemment recourbés pour s'adapter aux differentes cavités naso-pharyngienne, pharyngienue et laryngienne.

Dans chacun réservoir des pulverisateurs on met deux cm. de vaseline mêlée à cinq gouttes de la solution suivante:

Pinus canadensis	1 —	grammes
Acide carbolique	0 03	»
Glicerine	16 —	cent. c.
Eau chaude	48 —	»

La vaseline et les gouttes devront être bien mêlées et tiédes. Les applications doivent être faites une fois par jour jusqu'à ce que les symptômes soient améliorés, et après, tous les trois jours jusqu'à la guérison, à laquelle on arrive ordinairement, selon l'auteur, dans un période de trois mois.

Un traitement hygiénique doit aider le traitement local.

M. Labus réfère sur la communication de M. Prosser James sur la *Phthisie laryngée.*

L'Auteur appelle l'attention sur les suivantes questions pratiques concernant la phthisie laryngée.

1° Quelle est la signification précise de l'anémie du larynx? Sur ce point il y a plusieurs années que l'Auteur a embrassé l'opinion de Semeleder. Est-ce un stade prétuberculaire de la maladie? La question semble de grande importance pour le point de vue clinique.

2° Quand commence la tuberculisation et comment peut-on la reconnaître sûrement? Les recherches de M. Heinze sont de grande valeur du point de vue pathologique, mais comme médecins on doit déterminer plusieurs questions de grande importance pour le patient, pendant qu'il vit. Dans les cas avancés d'ulcération, il est vrai que l'on a bien peu de difference dans les opinions, mais si l'on nie un caractère physique aux cas d'ulcération laryngée dans lesquels on ne trouve de tubercules, on doit trouver quelque nom sous lequel les grouper et déterminer leur différence de la phthisie. Ce point peut toucher la question si la phthisie est invariablement fatale. L'Auteur a registré des cas de guérison de la phthisie laryngée et désirerait que le point fut discuté.

Un de ses cas était très remarquable.

Une demoiselle artiste avait ulcérations des cordes vocales ainsi qu'une caverne au sommet du poumon. Quatre ans après elle chantait à l'Opéra.

Est-ce qu'il existe une maladie semblable à la phthisie laryngienne mais sans tubercules?

Quant au traitement la question plus importante est s'il doit être seulement palliatif ou si l'on doit chercher un traitement radical. L'Auteur a eu de bons résultats avec les pulvérisateurs. Il a expérimenté beaucoup aussi avec les poudres. Ces deux méthodes du traitement local sont pour lui les meilleurs. Naturellement l'on ne doit pas négliger le traitement général. Si l'on doit parfois pratiquer la trachéotomie, c'est une autre question qu'il faudrait discuter.

M. Capart fait la relation du travail de M. Bristowe: *De la compression sur la trachée et sur le nerf récurrent laryngien et de leurs conséquences relatives.*

Il a été depuis longtemps reconnu que l'anévrysme de la crosse de l'aorte est caractérisé anatomiquement par deux faits dont l'un est que la trachée devient bientôt comprimée et l'autre que le nerf récurrent gauche devient d'abord détiré et ensuite détruit; et cliniquement par deux autres faits, c'est à dire par de violents paroxysmes de toux et de dyspnée accompagnés de la perte ou de l'altération de la voix.

Ordinairement on croit que la perte de la voix et les paroxysmes de toux et de dyspnée dépendent de la lésion du nerf récurrent gauche avec le conséquent spasme ou paralysie de la corde vocale gauche, et la dyspnée attribuée au rétrécissement glottique amène à recommander la trachéotomie pour son soulagement.

M. Bristowe ne croit pas que la paralysie ou le spasme d'une corde vocale puisse produire une difficulté respiratoire paroxystique et de paroxysmes de toux. Premièrement parce que la glotte lorsqu'il y a paralysie d'une corde, conserve une ampleur suffisante pour la respiration ordinaire et il y a difficulté seulement pendant les efforts musculaires; en second lieu il n'est pas facile de comprendre comment le spasme

et la paralysie d'une corde vocale puissent produire des résultats cliniques identiques Si le spasme amène l'abduction de la corde il n'y a pas dyspnée; si au contraire il amène adduction, alors l'on peut avoir la dyspnée: mais le spasme doit arriver seulement dans le commencement de la compression, c'est à dire avant que la fonction du nerf soit totalement détruite. Les paroxysmes de dyspnée suivent toujours l'altération de la voix et augmentent toujours en gravité à mesure que la maladie fait des progrès.

Pour M. Bristowe la compression sur un nerf recurrent laryngé qui paralyse la correspondante corde vocale produit l'altération de la voix, c'est à dire plus ou moins d'aphonie; la compression sur la trachée produit non seulement une légère dyspnée avec strideur, mais encore des paroxysmes graves de dyspnée et de toux même dans ceux qui dans les intervalles des attaques ont apparemment la respiration libre et que cependant dans les cas d'anévrysme de la crosse de l'aorte dans lesquels l'aphonie et les paroxysmes de dyspnée existent quoique presque sans exception. L'aphonie peut être attribuée à l'implication du nerf, et la dyspnée et la toux à la compression de la trachée.

Il y a des faits pathologiques qui viennent appuyer ces idées et ce sont ces cas dans lesquels subsiste l'un ou l'autre des deux phénomènes isolément. Il en rapporte deux où il y avait paralysie de la corde vocale gauche, mais jamais dyspnée et dans lesquels à l'autopsie on a trouvé compression et destruction du recurrent gauche par une tumeur carcinomateuse; et deux autres d'anévrysme aortique et deux de goitre dans lesquels il y avait compression sur la trachée et conséquente dyspnée, mais le récurrent n'avait été attaqué et la voix était normale.

Quant au pourquoi une compression sur la trachée (que l'on peut présumer être continuelle) puisse produire une difficulté de respiration tantôt remittente, tantôt seulement à paroxysmes, M. Bristowe dit que le canal de la trachée étant bien plus large que la glotte, il peut y avoir une grande diminution de son calibre sans empêcher sérieusement la respiration. Mais lorsque la compression est arrivée à un point de réduire le canal trachéal à une fissure linéaire ou semilunaire, alors une légère et passagère augmentation de compression du dehors, une légère tuméfaction congestive, une contraction spasmodique des parois, une petite accumulation de mucosité soit provenant des parties inférieures, soit sécrétée par la portion de la trachée impliquée, est capable de produire une obstruction dangereuse. Il est évident que si cette obstruction n'est pas complète, elle doit provoquer un accès de toux mais la sténose trachéale empêchant l'introduction dans la poitrine d'une suffisante quantité d'air, la toux ne réussira pas efficace et sera par conséquent prolongée et pénible.

M. Grazzi fait le récit du travail de M. Prosser James: *Bégaiement des cordes vocales.*

Cette affection n'est pas une simple curiosité; elle est capable de suspendre complètement le travail dans ces malades qui se servent professionnellement de la voix et elle incommode même quelquefois sérieusement les autres.

Depuis bien des années, M. Prosser James a connu cette maladie, mais il l'a décrite pour la première fois dans le journal qu'il a soumis à l'Association Médicale Britanique dans le mois d'août 1879.

Dans le mois de novembre et le suivant, il en a donné un compte-rendu dans le *Lancet.* Le docteur Lefferts dans ses *Rapports sur la Laryngologie,* a confirmé ces observations.

Le *Journal Américain des Sciences Médicales,* dans une longue critique du travail de l'Auteur sur le *Sore Throat,* dit que quoique ces vues eussent causé un peu de discussion dans l'Amérique il n'y avait eu aucun doute sur leur vérité. Le Docteur Clinton Wagner lui a dit dernièrement qu'ayant eu l'occasion d'observer un cas, il était complètement de son opinion. Quelques uns ont cru qu'il comprenait des cas de spasme des extenseurs, mais une diligente considération des descriptions, suffira à démontrer la distinction.

La maladie semble être dûe à la coordination défectueuse des muscles intrinsèques du larynx. L'appareil vocale récuse quelquefois d'obéir complètement à la volonté. Ce défaut cause des interruptions subitanées à la voix, tandis que le pouvoir d'articulation peut rester normale. Comme dans les altérations de la parole généralement reconnues, l'action harmonieuse des groupes des muscles engagées dans l'articulation est dérangée, de même daus ce dérangement vocal que j'ai nommé, bégaiement des cordes vocales ou bégaiement vocal, il y a un désordre moteur analogue. La coordination dérangée qui si généralement empêche la parole dans ce cas ne nuit qu'à la voix. Les mouvements nécéssaires pour articuler les syllabes sont parfaitement executés, mais la production du son vocal est par momeut subitement suspendue. La syllabisation (pour inventer un mot) est complète, la phonation défectueuse. L'affection peut empêcher au malade de parler, parce qu'il a une sensation qu'il désigne comme « un saisissement de respiration » ou il peut continuer une phrase dont plusieurs mots seront perdus pour celui qui écoute. Il y a deux ans qu'un malade souffrant de cette maladie a eu soin d'expliquer que quoiqu'il l'appelait « un saisissement de respiration, » il savait très bien que la cessation du son u'avait plus à faire avec la respiration qu'avec l'articulation. Un prédicateur qui souffrait de ce mal à un degré aggravé, se sentait très ennuyé par la connaissance du fait que, quoiqu'il continua à dire les offices, certains mots lui échappaient quelquefois sans son. Ce fait a été vérifié par des amis qui l'accompagnaient et qui assuraient que ses lèvres se remuaient dans la manière habituelle pour la prononciation des paroles et des phrases qui s'en allèrent perdues dans le silence. Il avait été en cure pendant longtemps, et il assurait qu'il avait une « clergymans throat, » que l'on avait essayé de guérir par plusieurs traitements sévères aucun desquels n'a eu de l'effet sur sa maladie.

M. Prosser James a trouvé une action défectueuse des cordes, le larynx étant autrement sain et aussi il a pu de suite le mettre en train de se guérir.

L'interruption subite de la fonction des cordes vocales est excessivement difficile à démontrer; il n'est pas probable qu'elle arrivera pendant l'émission de ces sons qui sont ordinairement donnés dans les examens laryngoscopiques. Il a dû examiner pendant longtemps et inventer des méthodes exprès, avant d'obtenir la démonstration oculaire de ce bégaiement des cordes vocales. Des sons isolés, sont en général correctement articulés même par des bégayeurs confirmés, il est aussi dans ces obstacles vocaux que le malade peut émettre des sons séparés et peut, comme le susdit prédicateur faire la gamme ascendente et descendante. C'est dans la rapide émission de certaines combinaisons de sons que l'on doit chercher à observer le soudain arrêt. Les cordes vocales peuvent, peut-être, avec patience être observées au moment où elles hésitent ou tremblent à un point pas suffisamment rapproché pour la phonation, où elles peuvent paraître se remuer comme par une succession d'efforts inutiles d'obéir à la volonté ou démontrer les mêmes actions irrégulières paroxystiques ou spasmodiques aperçues dans la bouche des bègues.

Dans les cas moins graves il peut y avoir un obstacle moins distinct à la production de la voix pareillement aux défauts d'émission appelés « hésitation dans la parole. »

Enfin on peut dire que beaucoup des dérangements groupés sous l'expression « obstacles de la parole, » peuvent dorénavant être déclarés d'avoir leur cause dans de semblables obstacles arrivant dans le larynx.

M. Zawerthal réfère sur le travail de M. Cutter: *Sur la nature de la membrane du croup.*

1. Le procès phlogistique est secondaire au développement de la végétation, car la membrane du croup est de nature végétale (filaments mycelials).

2. Le rapport du Prof. Reinsch, chargé d'examiner les membranes croupales dans un cas mortel de croup apprend que la végétation avait envahi le larynx et la trachée jusqu'au leur niveau plus bas.

3. C'était dommage qu'on n'eut fait la trachéotomie, mais des que l'investigation *post-mortem* a demontré la présence des miceliums à un niveau inférieur à celui où on pratique l'ouverture de la trachée, aucun résultat était possible de cette opération.

4. Si quelque chose de pratique s'écoule de cette analyse, c'est la nécéssité de s'adresser dans le traitement de cette maladie à sa nature parassitaire végétale: et les mesures antiphlogistiques ne doivent pas être conseillées si l'inflammation est plutôt un fait secondaire que primitif.

5. Il faut employer des moyens parasiticides (inhalations de fumées de soufre brûlant, pulverisations d'acide phenique, salycilique, thymique, etc.), et pousser la nutrition fusqu'il soit possible qu'elle soit assimilée, digerée.

6. Pas tout les morceaux de membrane sont convenables aux recherches mycologiques.

7. Il y a beaucoup à apprendre dans une maladie si pénible et fatale.

8. Il faut espérer que le Prof. Reinsch aura des ultérieures occasions de répéter ces études qui pourront être assurées moyennant un honorarium.

M. Morra réfère sur la communication de M. Breccia: *Laryngoscope électro-photographique avec microscope.*

L'Auteur propose de substituer à l'œil de l'observateur dans les explorations laryngoscopiques et ophtalmologiques un appareil electro-photographique à l'aide duquel on reproduirait l'image de l'organe à l'état normal ou morbide. A l'appareil on pourrait ajouter un microscope afin d'agrandir ces images photographiées.

M. Labus donne relation de la communication de M. Cornilleau *Du traitement de la diphthérie laryngée par les préparations oxaliques.*

Pendant l'hiver 1877-1878, une épidémie de diphthérie d'une intensité toute particulière éclatait à Angers et aux environs.

Depuis plusieurs mois déjà, tous les moyens de la thérapeutique ordinaire avaient été employés, mais, malgré tous les efforts, les résultats étaient trop souvent négatifs.

Les choses en étaient là, lorsque M. Cornilleau appris qu'une femme employait, sous le nom de *Grand rémède,* un traitement empirique qui était loin de rester sans effet. Il se procura de suite deux flacons du prétendu spécifique.

L'analyse chimique y révéla la présence d'acide oxalique uni à la potasse, avec des traces de tannin. Avec ces données il fis plusieurs essais, et il formula la potion suivante:

Acide oxalique pur	Gr.	1 50
Infusion de the vert	»	120 —
Sirop d'écorces d'oranges amères	»	30 —

à prendre par cuillerées à dessert de trois en trois heures. Faire prendre en outre toutes les heures un bol, une tasse ou une quantité plus faible encore (suivant l'âge du sujet) d'une tisane préparée avec:

Feuilles fraîches d'oseille . . . . . Gr. 250

pour un litre d'eau, qu'il sera facile d'édulcorer au moment de faire prendre au malade. Pour les très jeunes enfants, on peut verser la cuillerée de la potion dans une tasse de tisane.

(On pourrait préparer et employer des conserves de feuilles d'oseille quand la saison ne permet pas d'utiliser la plante fraîche).

Dès le troisième jour de ce traitement, une heureuse et profonde amélioration se

produit dans l'état général; les fausses membranes diminuent en étendue comme en épaisseur, et la convalescence arrive dès la fin du premier septenaire.

L'hygiène, un régime tonique et reconstituant, doivent être mis en usage; les malades prendront du lait, du bouillon gras, du vin, du café, de la purée de viande crue, etc.

On le voit, le principal agent de la diphthérie au point de vue thérapeutique, c'est l'acide oxalique. Dans la nature, cet acide ($C^2 O^3 H O + 2$ aq.) se rencontre le plus souvent uni à la potasse, à la soude, à la chaux. Ainsi le bioxalate de potasse se trouve dans la surelle (oxalis acetosella), la grande oseille (rumex acetosa), etc. En combinaison avec des bases, l'acide oxalique n'est pas brûlé dans l'organisme, mais se retrouve dans les urines à l'état d'oxalate de potasse, de soude, etc. C'est au point de vue toxicologique que cet acide a surtout été étudié. Il peut déterminer la mort à la dose de deux grammes pris en une fois, mais le plus souvent il faut ingérer une dose de dix à douze grammes pour provoquer des accidents mortels.

Les phénomènes d'intoxication sont les suivants: le malade éprouve une soif vive, une douleur plus ou moins intense provenant de l'inflammation de la bouche, de la gorge et du gonflement de la langue; enfin, pendant plusieurs jours et même pendant plusieurs mois, le convalescent éprouve des élancements douloureux dans les muscles, un engourdissement et une paralysie des membres inférieurs.

Quant aux sels oxaliques, l'oxalate de chaux se trouve dans les racines de rhubarbe, de gentiane, de patience, etc. Ce sel offre ceci de particulier, qu'il est insoluble dans l'eau, tandis que l'oxalate de potasse s'y dissout aisément. En outre, et c'est le point le plus important pour nous, l'ingestion de l'oxalate de potasse ne donne pas lieu à une intoxication aiguë, mais elle prédispose à une intoxication chronique.

Et maintenant quelle serait l'action de l'oxalate de potasse dans la thérapeutique de la diphthérie laryngée?

La théorie que l'auteur expose s'appuie d'une part sur l'unité de la maladie qui, bénigne ou maligne, est toujours la diphthérie: en effet, un malade atteint de diphthérie bénigne peut transmettre la forme la plus grave de cette affection à un autre malade. D'autre part, il se base sur l'action rapide de l'acide oxalique sur le sang, dont la manifestation la plus accusée — même la plus fâcheuse — est l'oxalurie.

Quelles que soient, du reste, ces manifestations locales, la diphthérie affecte certainement l'organisme tout entier. Ce n'est pas, en effet, le larynx seulement qu'il faut chercher à débarasser de ses pseudo-membranes, mais l'organisme entier dans lequel il faut combattre et détruire les microbes (zigodesmus fuscus et micrococcus, etc.) qui altèrent profondément et rapidement les liquides de l'économie.

S'il est difficile d'expliquer l'action des préparations quiniques dans l'impaludisme, il est aussi difficile de rendre compte de l'action des préparations oxaliques dans la diphthérie; nées des mêmes milieux sans doute, ces maladies sont justiciables l'une et l'autre des sels de quinine; mais l'altération du sang est beaucoup plus profonde et rapide dans la diphthérie, aussi l'action puissante de l'acide et des sels oxaliques nous semblait-elle tout indiquée.

On connait avec quelle promptitude arrive l'oxalurie; ne serait-ce pas précisément cette action toxique sur le milieu intérieur qui expliquerait aussi la rapidité avec laquelle l'oxalate de potasse combat et détruit la diphthérie. C'est là une simple hypothèse, mais qui ne semble pas moins confirmer les observations qu'il a recueillies, et les résultats si favorables qu'il a obtenus. Sur les dix-huit premières observations que la presse médicale a bien voulu annoncer sous sa signature, un seul malade a succombé autant à une affection intercurrente (Mal de Bright) qu'à la diphthérie proprement dite.

M. Cornilleau promet de donner bientôt de nouvelles observations lesquelles seront inscrites avec la plus rigoureuse exactitude scientifique.

M. Labus donne rélation du mémoire envoyé par M. Moure, sur *Les tumeurs kystiques du larynx.*

Les tumeurs kystiques du larynx sont des lésions assez rares, car durant le cours de ses études laryngoscopiques à la faculté de médecine de Paris, où il a pu examiner un nombre assez considérable do maladies il n'a rencontré ces néoplasmes que deux fois à la clinique du Dr. Ch. Fauvel, l'un situé sur l'une des cordes vocales, l'autre sur l'épiglotte. Ce dernier cas est de beaucoup le plus rare, d'autant que la malade porteur du kyste était une petite fille âgée do sept ans et demi, et que dans toutes les observations de ce genre, signalées jusqu'à ce jour, il s'agissait de sujets ayant atteint ou même dépassé l'âge adulte (on doit toutefois excepter le cas de M. Durham observé sur un enfant de 11 ans, et celui de M. Edis, constaté au moment de la naissance); à ces deux faits personnels l'auteur a pu en ajouter un troisième, observé tout récemment daus sa pratique.

M. Moure, avec les documents ou observations qui lui ont été fournis directement par la plupart des hommes expérimentés en cette matière, a pu réunir plusieurs cas analogues à ceux qu'il avait lui-même observés, et entreprendre son travail sur cette partie de la pathologie du larynx, encore à peu-près inexplorée.

L'auteur voudrait voir assigner désormais à ces tumeurs un chapitre spécial dans l'étude des affections de l'organe phonateur, chapitre distinct de celui des polypes en général, dans lequel on les avait englobés jusqu'à ce jour, leur consacrant à peine quelque lignes ou parfois un court alinea. En effet, si les productions kystiques du larynx n'occasionnent pas toujours des symptômes bien spéciaux, elles ont généralement au toucher ou à l'examen laryngoscopique des caractères physiques qui permettent de reconnaître leur nature, et dans tous les cas, elles affectent une marche particulière, se terminant d'une façon toute spéciale, et enfin réclament un manuel opératoire différent de celui des polypes en général.

L'auteur sépare les kystes *intra* et *extra* laryngés, en deux catégories distinctes, car il pense que si la nature de ces deux tumeurs n'est pas toujours différente, les symptômes qu'elles déterminent, le volume qu'elles acquièrent et enfin le procédé opératoire à employer, sont absolument distincts. C'est donc pour donner plus de clarté à cette étude qu'il a cru devoir diviser ces deux sortes de lésions d'après les siéges qu'elles occupent dans l'organe de la voix.

Le travail est divisé en trois parties: la première comprend l'historique de la question si toutefois une lésion née d'hier a une histoire; la deuxième partie, ou premier chapitre, contient une étude sur les polypes kystiques siegeant dans l'intérieur de l'organe vocal (kystes intra-laryngés), et la troisième (chapitre II) traite spécialement des kystes extra-laryngés et en particulier des kystes de l'épiglotte.

Dans chacun de ces deux derniers chapitres, l'on passe successivement en revue les causes qui peuvent présider au développement de ces productions morbides, leur fréquence, les symptômes observés soit par le malade lui-même, soit par le praticien qui fait l'application du miroir laryngoscopique, la marche, la durée et le mode de terminaison de ces tumeurs, leur anatomie pathologique, le diagnostic différentiel et enfin le traitement qui a paru à l'auteur le plus efficace dans chacun des cas observés et suivant le siége du kyste.

De l'ensemble des faits relatés dans son travail M. Moure tire les conclusions suivantes:

1° Les kystes du larynx (extra ou intra laryngés) sont des lésions rares.

2° Leur siége de prédilection est par ordre de fréquence les cordes vocales inférieures, l'épiglotte (face linguale, face laryngée) les ventricules de Morgagni, les replis ary-épiglottiques et les cartilages aryténoïdes où les kystes sont des lésions tout-à-fait exceptionnelles.

3° Les kystes intra-laringées offrent les mêmes symptômes que les autres tumeurs du larynx, sans que cependant la voix présente les intermittences de raucité et de clarté que l'on trouve dans les tumeurs pédiculées.

L'altération de la voix, symptôme constant lorsque la tumeur occupe l'une des cordes vocales, est un guide à peu-près certain pour indiquer l'âge du kyste.

Si le kyste occupe l'intérieur de l'un des ventricules de Morgagni, les troubles vocaux pourront n'apparaître qu'au moment ou la tumeur arrivera au niveau des cordes vocales inférieures.

4° Le seul moyen de reconnaître l'existence des kystes intra-laryngés, est l'examen laryngoscopique, qui seul peut fixer sur le siége, le volume, la forme, l'aspect du néoplasme. La sonde en indiquera sa consistance et devra toujours être employée pour reconnaître la fluctuation.

Dans les tumeurs de l'épiglotte, le toucher digital et l'abaissement forcé de la langue seront des éléments précieux de diagnostic qu'il ne faudra pas négliger; mais il ne sauraient suffire, surtout chez l'adulte, et il faudra toujours leur adjoindre, lorsqu'il sera possible de le faire, l'examen de l'organe à l'aide du miroir laryngien.

5° Les kystes du larynx sont des tumeurs uniques sessiles sur la muqueuse où elles sont implantées, ayant une forme arrondie d'un volume qui varie entre un grain de millet et une graine de groseille pour les tumeurs intra-laryngées; du volume d'une graine de groseille à celui d'une cerise ou même d'une amande pour les kystes de l'épiglotte. Leur surface est lisse, unie, plus ou moins transparente; leur coloration est jaunâtre ou blanchâtre, opaline lorsqu'elles siègent sur les cordes vocales. Des vaisseaux plus ou moins délicats, très déliés, parcourent souvent la surface de ces néoplasmes lors qu'ils ont acquis un certain volume.

6° Leur structure anatomique et celle de leur contenu ne diffèrent nullement de celle des autres kystes muqueux développés dans la bouche ou sur la langue, etc.

7° Ces tumeurs sont dues à la dilatation des culs-de-sacs glandulaires dont les conduits excréteurs se sont oblitérés sous l'influence d'une cause assez difficile à déterminer. Les conduits excréteurs eux-mêmes peuvent subire la dilatation kystique et former les tumeurs que l'on a constatées dans l'organe vocal.

8° La marche des kystes du larynx est généralement progressive : ils peuvent subir un arrêt dans leur développement, pour reprendre ensuite sous l'influence d'une cause indéterminée un nouvel accroissement, mais généralement ils mettent plusieurs années avant d'atteindre un volume assez considérable pour donner lieu à des symptômes qui permettent de soupçonner leur présence (excepté les tumeurs se développant sur l'un des rubans vocaux).

9° Les kystes du larynx sont des tumeurs bénignes et dont l'enveloppe peut se rompre subitement grâce à un effort (vomissement, cris, toux, etc.), et le contenu s'évacuer. La tumeur disparait alors d'elle-même sans laisser de trace de son passage.

10° Le diagnostic est facilement établi d'après les symptômes physiques observés par le médecin.

11° Le traitement qui semble le plus favorable est: 1° pour les kystes intra-laryngés l'écrasement à l'aide de la pince à polype qui semble plus praticable que l'excision de la tumeur avec le couteau à polype qui exige la tolérance du malade ou une anesthésie de l'organe vocal quelquefois dangereuse pour le patient. — 2° Pour les kystes de l'épiglotte l'incision de la poche à l'aide deciseaux courbes qui permettent d'enlever un véritable lambeau de la poche du kyste.

12° Les récidives des kystes du larynx son tout à fait exceptionnelles, et n'ont été constatées qu'une fois à la suite d'une simple ponction de la tumeur. Dans ces cas, la tumeur se remplit dans un temps relativement court.

Voici les trois observations faites par M. Mourc.

Polype kystique de la corde vocale inférieure droite. — Le nommé Ernest Turg, âgé de 32 ans, cocher, vint nous consulter le 23 février 1880, à la clinique du Dr. Charles Fauvel à Paris, où nous remplissions les fonctions de chef de clinique avec notre ami le Dr. G. Coupard.

Cet homme nous dit que depuis quatre mois il a éprouvé à l'arrière gorge quelques

picotements que lui occasionnaient par intervalle de légers accès de toux sans expectoration et presque à la même époque survint un enrouement qui avait augmenté peu à peu. Le malade ajoute que pendant les neiges et le froid qui venait de sévir dans la capitale il y a environ six semaines, la voix était un peu plus claire, il pouvait parler plus facilement, et depuis que le froid intense a disparu, la voix a repris le timbre voilé qu'elle avait auparavant.

Les *antécédents héréditaires* ne permettent de rien noter.

Parmi ses antécédents morbides nous ne relevons que quelques maux de gorge, le malade parle beaucoup, crie peut-être encore davantage et n'a jamais eu la voix bien claire.

Au moment où il se présente à notre examen, sa voix est rauque, dysphone. C'est du reste le seul symptôme offert par le malade qui ne tousse ni ne crache. Il n'éprouve aucune sensation à l'arrière gorge. Sa face est celle d'un homme qui s'adonne un peu à la boisson; il a la figure légèrement bouffie et le système vasculaire cutané de la face très développé.

L'examen révèle un léger état granuleux du pharynx qui suffit pour expliquer les picotements à l'arrière gorge ressentis par le malade.

La muqueuse du larynx parait saine dans toutes ses parties, mais au niveau du tiers antérieur de la corde vocale inférieure droite, sur son bord libre, on aperçoit une petite tumeur ayant environ le volume d'un beau grain de blé; sa coloration est blanchâtre opaline et ressemble à celle des cordes vocales inférieures qui n'ont pas le brillant nacré des cordes absolument saines. La surface de la tumeur est lisse, unie et uniformément arrondie; elle parait même transparente et ressemble assez bien à une toute petite graine de raisin blanc.

Pendant la phonation, cette tumeur empêche l'affrontement des deux rubans vocaux mais la surface libre venant se mettre en contact de la corde vocale gauche, est légèrement aplatie par cette dernière.

La tumeur est dépressible à la sonde; nous ne doutons pas un seul instant d'avoir sous les yeux une *tumeur kystique* de la corde vocale droite. En conséquence l'on décide l'abrasion de la tumeur avec la pince à polype du Dr. Ch. Fauvel, opération qui est pratiquée le 28 février au matin. Il s'écoule de la tumeur une goutte de liquide opalin, transparent, qui est espectoré peu à peu par le malade mêlé à des mucosités, et l'on retire entre les mors de la pince un morceau de l'enveloppe qui est formé d'une mince pellicule qu'il est impossible, vu son exiguité, d'examiner au microscope. On cautérise ensuite le point d'implantation de la tumeur avec une solution de chlorure de zinc (solution au $^1/_{20}$). Aussitôt après l'opération, le timbre de la voix se modifie complètement, et la raucité disparait en grande partie. Le 15 mars, la voix était celle d'autrefois, et l'on ne pouvait plus reconnaître le point de la muqueuse des rubans vocaux où était insérè le polype kystique.

Kyste de la corde vocale inférieure gauche, hémorrhagie capillaire dans l'intérieur de la poche.

Le 5 mai 1880, Mlle Anna G., âgée de 28 ans, couturière d'une commune des environs de Bordeaux, me fut adressée par un de mes bons amis pour un enrouement qui datait déjà depuis longtemps, et pour lequel elle avait employé tout l'arsenal des gargarismes dont dispose notre thérapeutique.

Cette demoiselle a été réglée à 17 ans, et toujours d'une façon régulière. A l'âge de 7 ou 8 ans, elle dit avoir eu une fièvre typhoïde dont elle se rappelle vaguement.

Les antécédents héréditaires n'offrent aucune particularité digne d'être notée.

La malade ne peut me fixer sur les débuts de son enrouement, qu'elle croit avoir toujours eu, mais à un degré bien moindre; en effet jusqu'en 1878, elle avait pu fredonner quelques airs et même chanter un peu sans éprouver trop de difficulté; le timbre de la voix était néanmoins toujours voilé et un peu rauque. Depuis cette époque l'enrouement avait progressivement augmenté et peu à peu l'émission des notes élevées était

devenue de plus en plus difficile et bientôt le chant devint impossible. (La malade apprit alors à siffler pour se distraire en travaillant.) « Le matin surtout, dit la malade, je ne pouvais émettre que quelques sons rauques, que l'on entendait à peine, et encore étais-je obligée auparavant de toussailler pendant près d'un quart d'heure. »

La phonation devenait de plus en plus rauque, la respiration elle même était parfois embarrassée, et la malade ne pouvait faire une longue inspiration; la marche rapide, les montées, l'essoufflaient à un très haut degré.

Lorsqu'elle se présenta à mon examen, l'état général paraissait excellent, elle était forte et bien constituée.

Sa voix était absolument couverte, éraillée par moment, et ressemblait en tous points à celle des personnes qui s'adonnent à la boisson (voix crapuleuse). A quelques pas de la malade on percevait un son très voilé, mais il était impossible de distinguer tous les mots qu'elle prononçait; de temps à autre une ou plusieurs syllabes ne sortaient pas. Elle se plaignait aussi de quelques quintes de toux, surtout le matin, car il lui semblait toujours avoir « quelque chose » dans la gorge dont elle aurait voulu se débarrasser. L'expectoration était muqueuse, sans caractères.

A l'examen, le pharynx est en très bon état; la muqueuse du larynx est saine, mais au niveau du tiers antérieur du bord libre de la corde vocale inférieure gauche, j'aperçois une tumeur ayant environ le volume d'un noyau de cerise, uniformément arrondie à surface lisse et unie. La surface d'implantation de la tumeur est large, et cette dernière ressemble plutôt à une demi-sphère (la moitié d'une graine de raisin), appuyée sur le bord libre du ruban vocal. L'aspect du néoplasme est blanchâtre, opalin et transparent dans la plus grande partie de son étendue, mais d'un rouge foncé en plusieurs points assez limités, surtout au niveau de sa base. Un vaisseau très délicat parcourt la tumeur d'avant en arrière se divisant en deux ou trois petites branches à peine perceptibles tellement elles sont fines. La sonde déprime facilement le centre de la tumeur, qui reprend son volume primitif aussitôt la pression terminée.

Je pose le diagnostic de *tumeur kystique de la corde vocale inférieure gauche,* et je propose à la malade de la débarrasser du néoplasme qui lui occasionne les divers symptômes dont elle se plaint.

Elle se décide aussitôt et à l'instant même (c'était le matin) je fais deux ou trois introductions de la pince à polype pour habituer la malade au passage de l'instrument puis je lui propose de revenir le jour même quelques heures plus tard.

Au moment où la malade s'en va, l'examen laryngoscopique montre une certaine rougeur de tout l'infundibulum laryngien, et la tumeur elle même a un aspect rosé assez prononcé, mais transparent, ayant une certaine analogie avec une graine de groseille rouge, dont elle n'a pas toutefois la teinte aussi uniforme. (Quelques points de la tumeur sont un peu plus foncés).

Vers 4 heures, la malade se présente de nouveau chez moi: la tumeur a conservé sa teinte rougeâtre. J'introduis la pince à polype une première fois dans le larynx, et comme la malade supportait bien l'instrument, je pus saisir la tumeur entre les mors de l'instrument et l'écraser. Je ne retirais au bout de ma pince que quelques fragments de l'enveloppe du kyste, et un peu de sang rouge. La malade expectore aussitôt quelques crachats sanguinolents, et je fais une application du miroir laryngien. La tumeur est complètement affaissée, un lambeau de la poche encore adhérent à la corde par un mince pédicule, flotte dans l'intérieur du larynx. Les *deux cordes vocales sont couvertes de sang.* Le point d'implantation de la tumeur a un aspect sanieux rougeâtre. Je cautérise cette partie du larynx avec une solution de chlorure de zinc au $^1/_{20}$. J'ajouterai qu'au moment de l'abrasion du kyste, la malade s'est parfaitement rendue compte que je l'opérais et a éprouvé une assez vive douleur.

Aussitôt l'opération terminée, notre jeune fille peut parler à haute voix, mais le timbre est toujours un peu rauque.

Elle part ensuite pour la campagne et revient me voir huit jours après. Je pratique alors une cautérisation du pédicule avec une solution de nitrate d'argent au $^1/_{10}$. Sensa-

tion de brûlure intense, léger accès de suffocation. Je touche cette partie du larynx trois jours de suite avec la même solution, et la malade me quitte de nouveau.

Le 26 mai, on aperçoit encore à la place de la tumeur un morceau de l'enveloppe flottant sur le bord libre de la corde vocale. La voix est assez claire, le chant est possible, sauf pour l'émission des notes élevées. La respiration est devenue très libre, la malade peut marcher, courir, sans éprouver d'essoufflement.

Cautérisations successives pendant trois jours au nitrate d'argent (solut. $^1/_{10}$).

Le 3 juillet il existe à peine une légère saillie un peu rugueuse au point d'insertion du kyste, saillie légèrement rosée; le lambeau de la poche a disparu. Cauterisation au chlorure de zinc (sol. $^1/_{10}$).

La voix est normale et bien timbrée. Je viens de revoir la malade ces jours derniers (10 août 1880); elle peut aujourd'hui chanter facilement, sa voix est tout-à-fait claire.

L'intérêt de cette observation est surtout dans la présence du sang dans l'intérieur de la poche du kyste; nous ne serions pas éloigné de croire que les essais d'introduction de la pince, que nous avions fait le matin même de l'opération, auront suffi pour déterminer la rupture de quelques vaisseaux de nouvelle formation qui se trouvaient à la partie interne de l'enveloppe de la tumeur, et tout le contenu se sera épanché au milieu du liquide séreux préexistant. Il s'est fait, en un mot, une véritable hémorrhagie capillaire qui a changé la coloration du néoplasme et celle du liquide qu'il renfermait.

Tumeur kystique occupant la face linguale de l'épiglotte.

Le 20 novembre 1879, M.lle Anna Magd.... âgée de sept ans et demi, nous fut amenée par sa mère à la clinique du Dr. Ch. Fauvel pour des picotements qu'elle éprouvait à l'arrière gorge et de violentes quintes de toux. Elle nous raconte qu'il y a deux ans elle a commencé à éprouver comme un chatouillement au niveau du larynx et à dater de cette époque elle a aussi commencé à tousser sans jamais cracher. La toux était surtout fréquente la nuit, au point de l'empêcher de dormir et de respirer; elle avait de plus un caractère d'intermittence difficile à expliquer; ainsi il arrivait que pendant une période de temps plus ou moins longue, le sommeil devenait paisible, et la petite fille n'éprouvait nullement le besoin de tousser. D'autre fois les quintes devenaient presque continuelles, l'enfant pouvait à peine se reposer, et sa santé ne tardait pas à s'altérer, elle maigrissait à vue d'œil.

La déglutition a toujours été facile; elle n'a jamais eu de régurgitations. La voix n'a été nullement altérée, elle était haute, criarde, claire et assez timbrée. Lorsque l'enfant se mettait en colère, il survenait parfois une simple quinte de toux.

Après avoir subi divers traitements restés inefficaces, la mère vint nous montrer son enfant. Depuis huit jours, les picotements à l'arrière gorge ont augmentés, la toux survient par accès sous forme de quinte (toux coqueluchoïde), la petite n'éprouve aucune gène pour respirer, mais elle a comme d'habitude beaucoup maigri depuis que la toux est revenue. Le sommeil est agité, souvent impossible. La malade est un peu chétive, mais son aspect général est bon. Elle ne porte aucune trace de lymphatisme exagéré, elle n'est entachée d'aucune diathèse.

Ses antécédents héréditaires sont nuls. L'examen de la bouche et du pharynx ne révèle rien d'anormal, mais l'application du miroir laryngien fait constater la présence d'une tumeur uniformément arrondie ayant environ le volume d'une belle graine de raisin. Sa surface est lisse, unie, brillante, d'une teinte blanc-jaunâtre, cartilagineuse, et l'on aperçoit nettement un petit vaisseau rouge très délicat qui contourne le centre de la tumeur, envoyant de chaque côté quelques fines ramifications se divisant à leur tour à la surface du néoplasme. Ce dernier est inséré par une large base au-dessus de la partie médiane du ligament glosso-épiglottique dans l'angle dièdre formé par la base de la langue et la base de l'épiglotte. La muqueuse environnante est rosée et d'aspect normal. La tumeur comprimant la soupape glottique empêche cette dernière de se relever pendant la phonation, et il est impossible d'apercevoir les cordes vocales; à peine si l'on peut voir la partie antérieure des éminences aryténoïdes, qui sont du reste absolument saines.

La palpation avec le doigt révèle que la tumeur dont la paroi est fortement tendue offre cependant une résistance bien nette, et la présence de liquide à l'intérieur parait incontestable.

La voix de la malade est toujours claire, bien timbrée; la déglutition facile.

Le 4 décembre le D. Ch. Fauvel opère la tumeur, qu'il excise par sa base avec des ciseaux courbes destinés à cet effet, et aussitôt s'écoule de la tumeur une petite quantité de liquide citrin, un peu opalescent, qui jaillit dans la bouche de la malade. Toute la calotte de la tumeur est enlevée et nous la plaçons aussitôt dans l'alcohol pour en faire l'examen histologique.

Le 7 décembre, *sans cautérisation consécutive* de la tumeur, la toux et les autres symptômes ont presque entièrement cessés, il reste à peine quelques traces de la tumeur.

La malade revient nous voir le 7 janvier 1880, et nous constatons qu'il est *absolument impossible* de reconnaître le point d'implantation de la tumeur. Il ne reste aucune cicatrice. L'épiglotte se relève facilement pendant la phonation et laisse voir l'intérieur du larynx et les cordes vocales qui sont absolument saines.

La voix de la malade, qui n'avait jamais paru altérée parce qu'elle était claire, est devenue beaucoup plus vibrante. La petite malade éprouve encore la sensation d'un vide à l'arrière gorge; « il lui manque quelque chose. » La toux et les picotements ont entièrement disparu, en un mot elle est guérie.

Cette observation est un nouvel exemple du peu d'intensité des symptômes occasionnés par les tumeurs de l'épiglotte. De simples picotements à l'arrière gorge, quelques quintes de toux, tels étaient les seules sensations dont se plaignait la malade, et sans le miroir il eut été facile de songer à toutes les affections du larynx sauf à une tumeur de l'organe. Le cas est d'autant plus intéressant qu'il existait chez un enfant de sept ans et demi, et que l'affection remontait au moins à deux ans, et même à une époque plus éloignée. Peut-être avait-il débuté quelques mois après la naissance, s'étant développé lentement, ne faisant soupçonner sa présence qu'au moment où il avait déjà acquis un certain volume.

L'auteur ajoute le résultat de l'examen histologique de ce cas. (Le travail a été publié in extenso dans la *Revue Mensuelle de Laryngologie, Otologie*, etc., Bordeaux, 1880-1881).

M. Elsberg fait un rapport sur la communication de M. Schmithuisen sur *Un cas de retour de la voix perdue depuis dix ans, moyennant la rhinoscopie.*

Le cas que l'auteur communique est digne d'être connu, car les altérations morbides qui empêchaient la voix n'ont pas été observées jusqu'à présent. Il s'agit de la formation d'un calcul dans la paroi postérieure supérieure du pharynx et d'une adhérence du bourrelet de la tromphe d'Eustache gauche, à la paroi latérale postérieure du pharynx. Ce cas est aussi une preuve de l'importance, déjà reconnue par M. Voltolini, de la musculature de la partie supérieure du pharynx dans la formation de la voix.

M.lle X de Aix-la-Chapelle, douée d'une voix qui donnait beaucoup d'espérances, après avoir fait de grands progrès dans la première année des études de chant commença à s'apercevoir ensuite par des rhumes qui revenaient fréquemment, que sa voix se gâtait de plus en plus et même après la disparition de son rhume la voix restait indocile et pas sûre.

La région gauche du cou était sensible, la déglutition à gauche parfois difficile et douloureuse et de même le baillement. La conversation, ainsi que le chant, apportaient les mêmes sensations désagréables. La partie douloureuse correspondait extérieurement depuis la région lobulaire de l'oreille et l'angle de la mâchoire inférieure jusqu'au cartilage thyroïde. Parfois il s'y ajoutait une sensation de chaleur dans l'oreille. Jamais à droite il n'y à eu occasion d'observer aucune sensation.

Après un séjour de plusieurs mois à la campagne, il sembla qu'il y eut une amé-

lioration de la voix; mais après quelques exercices de chant, la voix avait de nouveau disparu, et depuis lors M.lle X n'a plus pu s'en servir.

La région gauche du cou devenait rigide, et il survenait une sensation de fatigue et des douleurs même sans chanter, elle ne se sentait jamais la gorge libre, et elle se sentait bien seulement le matin en se réveillant.

La voix était cependant toujours pure et sûre dans tous les registres, et jamais ne détonait ou ne tremblait; cela lui avait fait espérer de pouvoir chanter encore.

Elle fut badigeonnée de temps en temps pendant dix ans par son médecin de famille pour une ulcération qu'on avait cru voir à la paroi postérieure laryngienne; tous les gargarismes et les inhalations possibles lui avaient été ordonnées. Elle avait consulté les spécialistes de Cologne, Bonn, etc., et en général on trouva normale la partie postérieure du larynx; quelqu'un trouva détendue la fausse corde vocale gauche; un autre remarqua un gonflement de la glande thymus et ordonna des badigeonnages d'iode, mais l'état de la malade ne fut pas modifié.

Dans le printemps dernier cette malade alla se faire visiter par M. Schmithuisen. A l'examen laryngoscopique les cordes vocales étaient normales, l'épithélium était un peu épaissi et blanchâtre; du reste la muqueuse du larynx comme celle de la partie inférieure du pharynx étaient dans leur état naturel. A la rhinoscopie on observait à la région postérieure pharyngienne à gauche près de la ligne médiane, à peu-près à moitié de l'espace entre la voûte et le voile du palais une granulation saillante avec un point aigu et grisâtre. Le promontoire de la trompe d'Eustache gauche était adhérent à la paroi postérieure supérieure du pharynx, c'est-à-dire l'espace en haut et postérieur à la protuberance de la trompe était rempli de tissu de manière à se présenter comme une surface lisse. Ayant touché ce point avec la sonde, la malade remarqua que c'était là justement d'où partaient ses souffrances.

M. Schmithuisen a réussi à enlever complètement ce bouton avec une espèce de cuillière tranchante dont il se sert habituellement pour ôter les masses de granulations molles; il a reconnu à l'examen qu'il contenait un petit calcul de la longueur environ d'un demi-centimètre, de l'épaisseur d'un quart de centimètre et aboutissant en pointe; son extrémité plus large passe dans l'ouverture du bouton, lequel peut se considérer comme une glande muqueuse hypertrophiée avec le contenu calcifié.

Le calcul était dur, et il ne s'est jamais cassé bien qu'il soit tombé par terre plusieurs fois (la pièce est montrée au Congrès).

L'extirpation de cette granulation eut le plus brillant résultat. La douleur piquante disparut immédiatement et la patiente put chanter pendant une heure avant même la guérison de la plaie, ce qui ne lui avait été possible depuis dix ans. Néanmoins il était resté une difficulté assez importante, c'est-à-dire qu'elle avait une sensation de rigidité avec douleur vers l'oreille, ce qui la fatiguait spécialement dans les registres hauts où le son n'était pas sûr et tremblait.

Il pensa de rendre libre le promontoire de la trompe et la fosse de Müller. Un petit cautère plié selon la nécessité fut introduit par le nez et sous la direction du miroir porta son action comburante presque sans douleur au-dessus et postérieurement au promontoire. Il fallut répéter plusieurs fois ce procédé. Pour empêcher que les parties divisées se réunissent, il plaçait un tampon de ouate, lequel était fixé à l'extrémité d'une tige introduite par le nez et maintenue en place par un bandeau autour du cou et des oreilles; cette espèce de bougie restait pendant deux ou trois heures matin et soir, jusqu'à complète guérison des marges de la plaie. (Le relateur a pu examiner la malade et constater l'entière guérison et le retour de l'organe à son état normal).

Le résultat de cette dernière opération fut encore bien plus surprenant, car à chaque séance on observait une nouvelle amélioration.

Il restait un cordon qui du pilier postérieur gauche allait vers l'amygdale, s'unissait à elle en lui passant devant pour arriver jusqu'au pilier antérieur et aboutir à la langue. Lorsque cette demoiselle chantait, ce cordon portait une tension désagréable de la moitié gauche du palais, ce qui en nécessita l'enlèvement avec le galvano-cautère.

Depuis lors M.lle X s'exerce tous les jours à chanter; elle est en train de reprendre tous ses moyens de jadis.

Que la susdite altération du larynx eût été la cause de l'impossibilité à chanter, le résultat en est la preuve. La concrétion dans la glande hypertrophiée empêchait les contractions des constricteurs du pharynx. L'opposition du voile du palais à la concrétion était douloureuse, et les mouvements de déglutition étaient empêchés à gauche. L'épaississement de la muqueuse de la paroi postérieure qui remplissait la fosse de Müller gênait l'action des constricteurs et de l'élévateur du palais.

Pour conclure, l'auteur brièvement réfère sur deux autres cas chez deux jeunes chanteuses qui accusaient l'une une sensation de fatigue, et l'autre cette même sensation accompagnée de douleur et cuisson dans la gorge; la première avait des végétations pharyngiennes qui unissaient la base du crâne avec la paroi postérieure latérale du pharynx; la seconde avait au dessus de la luette trois granulations, la partie supérieure de la muqueuse pharyngienne épaissie et un catarrhe chronique du cornet inférieur.

M. Grazzi relate sur la communication suivante de M. Cazenave De la Roche sur *La pharyngite granuleuse.*

J'ai soigné aux Eaux Bonnes 847 individus des deux sexes, de tout âge, comme de toute provenance, affectés de pharyngite idiopatique, de pharyngo-laryngites herpétiques, rhumatismales ou syphilitiques, et plus particulièrement de pharyngite granuleuse, modalité morbide liée presque toujours à la diathèse herpétique.

Les Eaux Bonnes ont été employées dans tous ces différents cas en boisson, en gargarisme, en douche pharyngienne, soit pulverisées, soit *à la plaque*, soit *à l'arrosoir*. Les résultats obtenus se chiffrent selon l'échelle proportionelle suivante. Bien que le langage des chiffres n'ait droit qu'à une confiance limitée, je garantis néanmoins la parfaite exactitude de cette statistique:

Guérisons consolidées	387
Améliorations sensibles	439
Cas réfractaires ou exaspérés . .	21

Sur les 847 individus atteints de phlegmasies variées du pharynx et du larynx, il n'en est pas un qui avant la cure thermale n'eût suivi un traitement antérieur soit purement pharmaceutique, soit minéral, c. a. d. par les Eaux du Mont-Dore, de Cauterets, de Luchon où d'Enghien.

Quant à l'indication dans les cas de laryngite chronique, je suis autorisé à poser en principe que: les Eaux Bonnes administrées en pulvérisations dans la forme congestive avec granulation, dans la forme catarrhale, ou dans les cas d'ulcérations des tissus laryngiens, seront toujours efficaces à la condition, bien entendu, que l'irritation soit modérée, qu'il n'y ait pas une trop grande rougeur et surtout qu'il n'existe pas d'œdème. Dans de telles conditions morbides les Eaux Bonnes diminueront certainement la congestion et le gonflement, et feront disparaître la rougeur des cordes vocales ou des tissus épiglottiques. L'élément catarrhal disparaîtra et les ulcères se détergeront et se cicatriseront.

Dans les cas d'un état œdemateux, la médication thermale sera meurtrière. J'en ai fait la triste expérience tout récemment encore.

Dans les 21 cas signalés dans la statistique ci-dessus comme réfractaires à la médication thermale des Eaux Bonnes, je compte 12 cas guéris, dont 5 par la simple excision de la luette qui était en procidence exagérée, et 7 par des badigeonnages quotidiens et continués pendant des mois entiers avec la mixture suivante, que je ne saurais trop recommander à l'attention des praticiens:

Teinture de iode au 12e . . .	Gr. 15
Teinture thébaïque	» 8
Jodure de potassium	» 1

Je terminerai cette simple note clinique en disant qu'une longue expérience acquise sur ce vaste champ d'observation des Eaux Bonnes, m'a prouvé que la pharyngite et la pharyngo-laryngite granuleuse sont loin d'être toujours des maladies locales. Indépendamment de leur connexité diathésique, elles sont souvent l'avant coureur de la phthisie pulmonaire quand elles ne coexistent pas avec ce grand processus phymatique. J'ai observé, mais rarement il ost vrai, de véritables tubercules sur la muqueuse pharyngienne principalement dans la partie centrale de la paroi postérieure. Aussi est-ce à tort que plusieurs nosographes, d'une incontestable autorité pour tout lo reste, ont affirmé qu'il y avait incompatibilité entre les tissus pharyngiens et le néoplasme.

M. Morra fait un rapport sur l'ouvrage de M. Battaglia sur *les effets de l'excision des nerfs du larynx sur la fonction vocale et sur le mécanisme de la respiration.*

Les deux nerfs qui se ramifient dans le larynx sont: le laryngé supérieur et le laryngé inférieur. Les descriptions anatomiques, qui concernent ces deux nerfs, sont faites par tous les auteurs d'une manière assez incomplète et souvent très-confuse, ce qui rend nécessaire que nous nous y arrêtions pour éclaircir et compléter une partie aussi importante de l'anatomie du larynx, telle que l'innervation, sans laquelle on ne pourrait en comprendre la physiologie.

Dans le cheval le nerf laryngé supérieur, après avoir percé l'angle postérieur supérieur du cartilage thyréoïde, pénètre dans l'espace crico-thyréoïdien et se divise en plusieurs ramifications, dont une s'éparpille dans la muqueuse, d'autres vont au muscle thyro-aryténoïdien supérieur et au thyro-aryténoïdien inférieur, une au crico-aryténoïdien latéral et finalement plusieurs ramilles s'anastomisent avec le récurrent de Galien.

Hirtl est d'avis que dans l'homme la branche qui va au crico-aryténoïdien ne fasse que le pénétrer sans s'y arrêter, et aille se perdre dans la muqueuse; pourtant d'après mes études anatomiques je n'ai pu reconnaître sur l'homme l'exactitude de l'opinion de cet auteur, mais sur le larynx du cheval à cause de ses plus grandes proportions, j'ai pu voir, au contraire, que la dite branche est une vraie branche de mouvement, puisqu'elle pénètre et se perd dans ce muscle sans s'étendre nullement à la muqueuse. Le récurrent à son tour envoie une petite branche au muscle aryténoïdien, une autre au crico-aryténoïdien postérieur, et une troisième, qui se partage au crico-aryténoïdien latéral et au thyro-aryténoïdien latéral et forme aussi des anastomoses avec le laryngé supérieur, comme on a eu lieu de le faire observer précédemment. Dans le chien le laryngé inférieur donne des filets aux crico-aryténoïdiens et à l'aryténoïdien; le supérieur, après avoir donné des rameaux sensitifs, pénètre dans ces deux muscles; le thyro-aryténoïdien et le crico-aryténoïdien.

D'après cette disposition anatomique il paraitrait que la paralysie du récurrent dût diminuer la tension des cordes et restreindre l'espace interligamenteux de la glotte, causant ainsi de la difficulté à la respiration et l'abaissement des sons aigus; mais on devrait pourtant avoir encore les sons graves à cause de l'innervation supplémentaire par le laryngé supérieur à presque tous les muscles intrinsèques du larynx.

En effet nous devrions avoir:

1° Paralysie complète de l'aryténoïdien, et par conséquent l'agrandissement de l'espace inter-aryténoïdien.

2° Parésis des crico-aryténoïdiens postérieurs et partant parésis des cordes vocales inférieures.

Le laryngé supérieur suffirait à conserver en partie l'action des autres muscles, et il y aurait toujours un rétrécissement de la glotte dû à la contraction des crico-aryténoïdiens latéraux.

3° Une médiocre contraction du thyro-aryténoïdien suffisante pour donner aux cordes la tension nécessaire à produire, au moins, les sons graves.

Sur ce point, les opinions des physiologistes sont divisées. Bernard dit que la section des récurrents produit aphonie complète; Haller, Müller, Sedillot, Magendie, Paladino, soutiennent au contraire que malgré la section de ces nerfs il est toujours possible d'avoir des sons graves voilés et même aigus. Pour expliquer cette contradiction, Longet dit que dans les jeunes animaux les muscles qui font mouvoir les aryténoïdes ont peu d'influeuce, parce qu'à cet âge là ces cartilages ne sont pas encore formés, et les cordes vocales vibreut par tension propre, et c'est pour cela qu'on peut avoir des sons aigus même après la paralysie des muscles qui tendent les cordes, tandis que chez les adultes cette paralysie produit toujours une aphonie complète. Cette opinion ne s'accorde pas avec la réalité des faits dont j'ai donné une ingénieuse explication qui résout la question; et voici le résultat de mes expériences à cet égard.

Dans deux chiens d'âge mûr, après l'excision des récurrents, je n'ai pu obtenir aucun son, la respiratiou pourtant n'a pas présenté de changements remarquables et la circulation non plus.

Dans un troisième chien aussi d'âge mûr, très-vif et sain, qui aboyait fréquemment et dans lequel les respirations étaient 22 par minute et les pulsations 98, j'ai coupé les uerfs laryngiens inférieurs. Il resta deux jours tout à fait muet, même qu'il fût excité de plusieurs manières, et il n'aboya pas, même après un long et rigoureux jeûne, en apercevaut la nourriture sans y pouvoir toucher. Il me vint alors l'idée de l'exciter par la vue d'une chatte, à laquelle on donna à manger devant lui; dans la lutte qui naquit entre les deux animaux, le chien commença à aboyer distinctement, mais avec une voix voilée comme par suite d'un catarrhe laryngien, et dans les efforts il donnait des sons parfaitement aigus. La respiration et la circulation ne furent pas modifiées. Le chien couserva toujours la même voix voilée.

Les mêmes résultats je les ai obtenus sur un quatrième chien d'âge mûr et parfaitement sain. Cette fois aussi j'ai dû me servir de la chatte pour le faire aboyer.

J'ai voulu m'assurer dans un cas comme dans l'autre, si par hasard après la section les troncs nerveux des récurrents ne s'étaient pas réunis; mais l'examen pratiqué deux mois apres l'opération me démontra que mon doute n'était nullement justifié. Longet aurait attribué ce résultat à la jeunesse des animaux, cependant dans nos cas ils étaient bien âgés.

J'ai dans la suite pratiqué l'excision des récurrents sur d'autres chiens, et j'ai eu toujours les mêmes conséquences. D'ailleurs une seule preuve rigoureusement exacte suffit, à mon avis, pour en déduire un jugement positif.

Dans une expérience que je fis sur une vieille ânesse, je n'ai pu rien observer rapport à la phonation, il y eut cependant augmentation de la fréquence du pouls de 58 à 60, et ralentissement de la respiration de 17 à 7, qui seulement après la course arrivait à 11. Je n'ose rien conclure n'étant pas assez sûr de l'exactitude de mon expérience, j'ai voulu cependant en faire mention, parce qu'ou pourrait bieu la répéter sur d'autres animaux de la même espèce.

Cardarelli, dans son important traité sur les anévrysmes de l'aorte, dit: « Souvent l'anévrysme est tellement éloigné du nerf ou lui étant proche, l'a si peu lésé, qu'on ne peut pas lui attribuer les graves phénomènes observés pendant la vie; quand même on ne peut pas nier que daus certains cas les effets de la compression se fassent ressentir sur le récurrent en produisant des phénomènes en rapport à l'action physiologique de ce nerf. Sur ce point les opinions des auteurs diffèrent en ce, que les uns ne parlent que de faits spastiques à cause du tiraillement et de l'irritation du nerf, et ils expliquent ainsi la forme d'asthme spastique, c'est-à-dire d'action exagérée du nerf; les autres n'admettent que la paralysie des récurrents, due à la pression anévrysmatique, qui s'annoncerait comme un enrouement ou une aphonie complète, même avec atrophie des muscles du laryux du côté correspondant, comme il résulte d'une observation de Bank dans le *Dublin*, etc. Ces faits sont tous les deux possibles. On ne parle pas comme conséquence de la pa alysie des laryngés inférieurs, d'un autre fait que quelquefois on observe, c'est-à-dire de l'obstacle à l'entrée de l'air à cause du resserrement passif de la glotte. Cela dépend

de la compression sur un seul des nerfs, presque toujours le gauche, qui croise la crosse de l'aorte; et il en suit ce qu'on observe après la section d'un des laryngés inférieurs qui ne produit ni l'altération de la respiration, comme par l'excision des nerfs des deux côtés, ni la complète extinction de la voix. »

Le même auteur dit encore qu'on peut seulement attribuer aux laryngés inférieurs une action particulière quand on a exclu toutes les autres lésions comme les catarrhes et les œdèmes laryngiens, la pression sur la trachée, etc., ce qui est très difficile. C'est pour cela que même lorsqu'à l'autopsie des individus, qui étaient aphones, on trouve paralysie des récurrents, mais accompagnée d'autres lésions qui ont influence sur la fonction vocale, on ne peut conclure que cette paralysie puisse être la seule cause de l'aphonie complète. J'ai fait deux observations à cet égard dans les cliniques de Cardarelli et de Cantani, qui me semblent plus concluantes encore. Les voici:

Dans un anévrysme de l'aorte, qui s'était développé à la partie sternale entre le troisième et le quatrième espace intercostale, avec enrouement et légère dyspnée, l'autopsie a fait voir que les deux récurrents étaient complètement atrophiés et que la trachée était sensiblement comprimée, pourtant il n'y avait pas aphonie, mais seulement voix grave et rauque.

Dans un second cas d'anévrysme à double cavité de l'innominée avec érosion des côtes droites et du sternum jusqu'aux côtes gauches, à l'autopsie on rencontra atrophie des deux récurrents, et la tumeur qui s'appuyait fortement sur la trachée; néanmoins pendant la vie la voix quoique assez grave n'était pas affaiblie.

Ziemssen, d'après Rosenthal, dit que dans les cas de paralysie des récurrents, l'examen laryngoscopique fait voir l'état cadavérique des cordes vocales et des aryténoïdes, et qu'il y a aphonie absolue, énorme dispersion d'air dans les essais de phonation et dans la toux, mais point de dyspnée chez les adultes, sauf qu'après une course. Mais il faut considérer que même ayant égard à l'étiologie et à la pathogénésie, il est difficile de faire un diagnostic précis pendant la vie, et suivre la marche de la maladie dans toutes ses phases successives. Le diagnostic de la paralysie des récurrents est souvent fait après avoir constaté les désordres fonctionnels qu'on croit provenants de l'action modifiée de ces nerfs, et ainsi on se trouve dans un cercle vicieux. A l'autopsie, la multiplicité d'autres lésions rend arbitraire le jugement d'attribuer aux seuls récurrents ce qui est produit par le concours de plusieurs causes pathogénésiques. D'autres expériences que j'ai successivement instituées sur les nerfs laryngés supérieurs, peuvent servir à confirmer les précédentes et à résoudre définitivement la question.

Un chien de taille basse, mais d'age mûr, soumis à mes observations, présentait 13 respirations par minute et 56 pulsations. Excité, il aboyait en émettant des sons aigus et continués. J'ai cherché d'observer les changements de la voix eu relation aux changements de l'effort pour crier. J'ai successivement emporté un morceau de nerf de chaque laryngé supérieur, comme l'on fait habiteullement pour empêcher que les troncs se soudent. Dans le même jour l'animal ne présenta de modifications ni dans la respiration ni dans la circulation; mais sa voix était évidemment plus basse et moins soutenue qu'avant l'excision. Dans les jours suivants le fait était encore plus saillant. Je n'ai pu faire de plus longues observations, parce qu'après le sixième jour le chien mourut d'anémie.

Un second chien aussi d'âge mûr et de taille moyenne, fort et hargneux, qui aboyait spontanément d'une voix aiguë de poitrine, avait 70 pulsations et 14 respirations par minute. Je lui ai pratiqué la même opération faite sur le premier. Dans ce jour, comme dans le cas précédent, il n'advint aucun changement dans le mécanisme de la respiration et de la circulation; mais la voix était devenue plus grave et d'une aigreur presque de fausset. Je le tins toujours en observation et j'ai pu remarquer les mêmes phénomènes et une modification toujours plus évidente de la voix.

D'après ces expériences on peut donc sûrement conclure que le laryngé supérieur n'est pas seulement un nerf sensitif, mais aussi un nerf de mouvement, et qu'il vient en aide au laryngé inférieur pour la fonction vocale, puisque dans toutes les expériences

citées ci-dessus on a seulement trouvé une diminution de la faculté de former la voix, ce qui correspond à une tension diminuée des cordes et à une contraction affaiblie des muscles intrinsèques du larynx. Il reste donc démontré que pour la phonation complète et normale il est nécéssaire la fonction normale de toutes deux les paires de nerfs, et que l'action des uns est complémentaire de celles des autres. Cette action complémentaire est quelquefois supplémentaire, et on explique ainsi pourquoi les animaux âgés qui ont été examiués par moi, n'aient démontré de ressentir aucun effet sur le mécanisme de la respiration. Et vraiment étant diminuée mais non pas abolie l'excitation musculaire et par conséquent la tension des cordes, on ne peut pas même avoir la passive extension des cordes à cause de l'inspiration de l'air et pourtant il ne se produit point un resserrement de la glotte capable d'empêcher l'introduction d'une nouvelle quantité d'air. La mécanique de la respiration ne doit pas souffrir, comme en effet n'a pas souffert de modification.

La connaissance de ce fait peut être de grande aide dans la clinique, lorsqu'il s'agit de pratiquer la trachéotomie, pour faire prévoir quels seront les résultats que peut s'en attendre l'opérateur et pour faire connaître si la lésion regarde les nerfs laryngés inférieurs ou les supérieurs, ou les deux paires en même temps, s'il y a aussi des causes de compression, et quelles espérances de bons résultats thérapeutiques on puisse avoir. D'ailleurs il n'est pas nécéssaire de mettre davantage en évidence l'utilité d'avoir des notions exactes sur cette importante fonction, car les studieux et les praticiens en éprouve chaque jour la nécéssité.

M. Fournié relate les conclusions des quatre mémoires envoyés par M. Moura, qui ont pour argument *Statistique millimétrique des diverses parties de l'organe de la voix.*

I. Mém. — *Longueur des diverses parties des lèvres vocales.*

A — État de repos ou de relâchement.

1° Les longueurs moyennes des diverses parties des lèvres vocales ou de la glotte sont:

P. memb.	10 mm. 50	chez la femme	—	15 mm. 50	chez l'homme
P. cartil.	5 mm. 50	»	—	7 mm. 50	»
Totalité	16 mm. —	»	—	23 mm. —	»

2° Longueurs extrêmes:

8 et 15 mm.	chez la femme	—	10 et 22 mm.	chez l'homme
3 et 9 »	»	—	4 et 12 »	»
12 et 22 »	»	—	18 et 31 »	»

3° Degrés d'elasticité:

3 mm. 50	chez la femme	—	4 mm. —	chez l'homme
0 » 50	»	—	0 » 50	»
4 » —	»	—	4 » 50	»

4° Les variétés de longueur:

8 mm. ou 16 demi mill.	chez la femme	—	13 mm. ou 26 demi mill.,	chez l'homme
6 » » 12 »	»	—	8 » » 16 »	»
11 » » 22 »	»	—	14 » » 28 »	»

B — État de tension.

1° Les moyennes longueurs sont:

14 mm. pour la femme	—	19 mm. 50	pour l'homme
6 » »	—	8 » —	»
20 » »	—	27 » 50	»

2° Les longueurs extrêmes:

10 et 19 mm. pour la femme		13 et 26 mm.	pour l'homme
3 » 9 » »		4 » 13 »	»
16 » 24 » »		21 » 36 »	»

3° Les variétés de longueurs:

9 mm. ou 18 demi mill. pour la femme	—	14 mm. ou 28 demi mill.	pour l'homme
6 » » 12 » »	—	10 » » 20 »	»
9 » » 18 » »	—	16 » » 32 »	»

C — Le grand nombre de longueurs demi-millimétriques des lèvres de la glotte, rendent compte:

1° De la plus grande variété de voix chez l'homme;

2° De la facilité avec laquelle la voix masculine se prête à l'organisation des chœurs et des orphéons;

3° Du classement possible de ces variétés.

D — Dans le sexe masculin, les lèvres vocales les plus longues peuvent être, à l'état normal, le double des plus courtes dans le même sexe et le triple de celles du sexe féminin; elles ne donnent pas pour cela l'octave et la double octave inférieures de leurs sons; preuve nouvelle qu'elles ne sont pas de *vraies cordes sonores* et que ce nom ne leur convient pas.

E — La glotte de l'homme, dans sa portion ligamenteuse comme dans sa totalité, est d'un tiers plus longue que celle de la femme.

F — L'âge avancé n'est pas toujours la cause du défaut d'élasticité des lèvres vocales.

G — Le plus grand dégré d'élasticité se manifeste de 30 à 40 ans chez l'homme; la souplesse de la lèvre vocale persiste, chez lui, jusqu'à quarante et même cinquante ans.

II. Mém. — *Lèvres vocales suivant les âges.*

1° Dans le sexe féminin, la partie ligamenteuse des lèvres vocales est la seule qui augmente de longueur de 17 à 50 ans; elle acquiert un demi millimètre à chacune des trois périodes de 17 à 30, de 30 à 40 et de 40 à 50 ans; elle parvient à sa plus grande dimension moyenne, 10 mm. 50, entre 40 et 60 ans.

2° La partie cartilagineuse conserve jusqu'à 50 ans la dimension 5 mm. 50 qu'elle avait à 18 et 20 ans. A partir de 50, elle s'accroit de 1 millimètre à 1 millimètre et demi; cet accroissement s'élève, dans certains cas, jusqu'à 4 m. 50.

3° La glotte possède son plus grand diamètre, 17 mm. 50, entre 50 et 60 ans; plus tard le diamètre perd un demi millim. à 1 millim.; son plus petit diamètre correspond à la première période de 17 à 30 ans.

Un phénomène inverse se produit dans le développement des lèvres vocales pour le sexe masculin.

4° La partie ligamenteuse a sa plus grande longueur, 17 mill., entre 19 et 30 ans. Elle perd ensuite successivement un demi millim. à chacune des deux périodes de 30 à 40 et de 40 à 50 ans; mais elle conserve sa dernière dimension, 16 mm., jusqu'à la fin.

5° La partie cartilagineuse, au contraire, acquiert un demi-millim. à chacune des trois périodes de 30 à 40, de 50 à 60 et de 60 à 80.

6° La glotte est réduite à son plus petit diamètre, 23 mm. 50, entre 40 et 50 ans elle atteint son plus grand, 24 mm. 50, dans les dernières années de la vie.

7° La plus grande différence entre les parties ligamenteuses à l'état de repos dans les deux sexes, se présente de 19 à 30 ans; celle du sexe masculin, 17 mm., qui à l'état normal est d'un tiers plus grande que celle du sexe féminin, possède encore 3 mm. de plus; leur proportion est établie par 17 à 10 mm. 50.

8° La plus grande différence entre les parties cartilagineuses se remarque à la fin de la vie; elle est de 2 mm. 50 en moyenne.

9° La plus grande différence entre les deux glottes, 7 mm. 50, se produit aux deux époques extrêmes, de 19 à 30, et de 60 à 80, tandis que leur plus petite différence, 6 mm. 50, correspond à celle de 40 à 60 ans.

Thyréoïde.

1° La moyenne hauteur médiane de la pomme d'Adam est de 14 mm. dans le sexe féminin, de 17 mm. dans le sexe masculin.

2° L'insertion antérieure des lèvres vocales se fait, chez l'un, à 6 m., et chez l'autre à 7 m. 50 de l'échancrure thyréoïdienne.

3° Le rapport entre la commissure antérieure de la glotte et la hauteur de l'angle rentrant de la pomme d'Adam est à peu-près la même dans les deux sexes; l'insertion des ligaments vocaux correspond au tiers moyen de la hauteur, et elle a lieu sur un espace de 2 millim. chez la femme, de 4 millim. chez l'homme.

Epiglotte.

1° D'une manière générale l'épiglotte de l'homme est plus grande que celle de la femme d'un cinquième; elle possède, en plus, 4 millim. de face externe, 7 mm. 50 de long et 4 mm. 50 de large pour la face interne.

2° Les variétés relatives à ces trois dimensions sont au nombre de 17, 22 et 15 dans le sexe masculin, de 12, 11 et 16 dans le sexe féminin.

3° Il existe dans les deux sexes des épiglottes très courtes, ayant à peine 12 et 13 mm. de face externe, 12 et 16 mm. de face laryngée.

4° La voix des individus du sexe masculin à épiglotte courte est ordinairement aiguë et possède un timbre mixte.

5° La largeur de la face interne est celle des trois dimensions qui varie le plus chez la femme et le moins chez l'homme.

6° Le genre de conformation du bord libre de l'épiglotte le plus fréquent est le 4°; c'est le plus favorable à la phonation.

Ventricule.

1° Les deux ventricules sont semblables et parfaitement symètriques dans la moitié des cas, chez la femme comme chez l'homme. Leur profondeur moyenne est à peine de 11 m. dans le sexe faible, de 13 m. dans le sexe fort; toutefois leur capacité présente 11 variétés d'une part et 21 de l'autre pour les deux côtés réunis.

2° La moyenne hauteur des ventricules inégalement développés est de 13 mm. 59 chez le premier, de 15 mm. chez le second; les variétés de cette hauteur sont au nombre de 15 à droite et 13 à gauche chez l'un, de 19 et de 25 chez l'autre.

5° Le degré d'ouverture de l'orifice des ventricules est à peine de 4 mm. 50 dans le sexe féminin, de 5 mm. 50 dans le sexe masculin; il peut toutefois s'élever à 7 et 9 millimètres.

5° Les nombreuses inégalités que présentent de part et d'autre les deux ventricules ne permettent pas de les considérer comme deux résonnateurs.

5° Le rôle physiologique des ventricules consiste à isoler la face supérieure ou externe des lèvres de la glotte et à contribuer à leur transformation en anches membraneuses, taillées en biseau, pendant l'acte de la phonation.

Aryténoïdes.

1° Les hauteurs verticale et oblique de ces cartilages mesurent 11 et 13 mm. chez la femme, 15 et 16 mm. 50 chez l'homme. Les variétés de ces hauteurs s'élevent à 10 et 12 d'une part, à 12 et 14 de l'autre.

2° La face interne, dont les longueurs moyennes sont de 5 mm. 50 et de 7 mm. 50, présente six variétés dans le sexe féminin, huit dans le sexe masculin.

3° Le diamètre de la facette articulaire est de 4 mm. 50 chez le premier, de 5 mm. 50 chez le second. Ses variétés sont au nombre de cinq pour chacun d'eux.

III. Mém. — *Cricoïde.*

1° La hauteur du cricoïde en arrière présente, en moyenne, 20 mm. et treize variétés chez la femme, 24 mm. 50 et neuf variétés chez l'homme. La loi de développement de cet anneau serait donc plus stable dans le larynx masculin

2° Les deux diamètres inférieur et supérieur ont 15 et 24 mm. 50 dans le sexe féminin, 18 et 31 mm. dans l'autre sexe. C'est une différence d'un cinquième environ entre les deux sexes.

3° Le diamètre inférieur est plus sujet à varier que le diamètre supérieur chez la femme; c'est le contraire chez l'homme.

4° Le calibre du cricoïde représenté par sa circonférence et son diamètre inférieurs équivaut à un cercle dont la surface aurait 176 millim. carrés chez la femme, 254 millimètres carrés chez l'homme. La puissance de respiration et celle du soufflet pulmonaire seraient, toutes choses égales, plus grandes d'environ 14 à 15 pour cent dans le sexe masculin.

5° Les facettes articulaires crico-aryténoïdiennes du cricoïde ont deux millim. de différence d'un sexe à l'autre; elles présentent, du reste, relativement à leur petite surface, beaucoup de variation.

6° Ces facettes sont, dans le sexe féminin, en rapport plus parfait avec les facettes correspondantes des aryténoïdes que dans le sexe opposé; elles sont comme 5 est à 4 dans le premier cas, comme 7 est à 5 mm. 50 dans le second; de là une grande mobilité et en même temps une grande faiblesse dans les articulations crico-aryténoïdiennes du larynx masculin.

7° Le plan d'inclinaison des facettes articulaires crico-arytenoïdiennes est en général de 55°; il est quelquefois différent d'une facette à l'autre sur le même sujet, et cette anomalie peut se traduire, pendant la vie, par une légère asymétrie d'un côté à l'autre de la glotte.

8° Le diamètre transverse thyréo-cricoïdien ou *axe vocal,* possède 22 mill. et douze variétés dans l'organe vocal féminin, 27 mm. 50 ou un tiers en plus, et dix-sept variétés dans celui de l'homme; il peut atteindre 30 mill. d'une part et 35 mill. de l'autre.

9° Le diamètre antéro-postérieur thyréo-cricoïdien du larynx, mesure aussi 22 mm. dans le sexe faible et 28 dans l'autre sexe; ses variétés sont au nombre de neuf et de 12 mm. seulement.

10° L'axe vocal présente chez la femme trois variétés et chez l'homme cinq variétés de plus que le diamètre antéro-postérieur thyréo-cricoïdien.

11° L'articulation thyréo-cricoïdienne est située sur le précédent diamètre entre le $^1/_3$ et les $^3/_8$ postérieurs chez l'une, entre le $^1/_4$ et le $^1/_3$ chez l'autre.

12° Au point de vue de la phonation, le cricoïde est un levier coudé double, mobile sur son axe thyréo-cricoïdien transverse, et composé de deux bras, l'un antérieur plus long et horizontal, l'autre postérieur, plus petit et vertical.

13° L'extrémité libre de chaque bras décrit un petit arc dont le sinus mesure, en avant, le degré d'alongement ou de rétraction du ligament thyréo-cricoïdien médian, et en arrière la quantité dont la lèvre de la glotte augmente ou diminue par l'action des muscles vocaux, après l'affrontement ou la détente des aryténoïdes.

14° Le bras horizontal a 16 mill. de longueur moyenne et varie de 8 mill. dans le sexe faible; il a 21 mill. et onze variétés dans le sexe opposé.

15° Le bras vertical possède 12 mm. 50 et sept variétés d'une part, 16 mm. et onze variétés de l'autre.

16° Les deux bras du levier cricoïdien sont entre eux comme 4 est à 3 chez la femme, comme 5 est à 4 chez l'homme.

17° Le bras horizontal du levier cricoïdien du sexe féminin est à celui du sexe masculin comme 4 est à 5, et le bras vertical comme 3 est à 4. Le premier possède dans le larynx masculin un quart en plus de longueur et le second un tiers.

18° La différence entre les deux bras de levier est de 4 mm. 50 chez la femme, de 6 mm. 50 chez l'homme.

Ligament thyréo-cricoïdien.

1° A l'état de repos ou normal, la hauteur du ligament thyréo-cricoïdien est de 7 mm. chez la femme, de 8 mm. 60 chez l'homme, et elle présente six et huit variétés.

2° A l'état de tension, cette hauteur atteint 10 et 11 mm. 50 en moyenne; ses variétés, six et douze, sont deux fois plus nombreuses dans le larynx masculin.

3° Les plus grandes hauteurs de ce ligament mesurent 10 et 13 mm. pour l'état normal, 13 et 19 mm. pour l'état de tension.

4° Le rapprochement forcé des deux cartilages thyréoïde et cricoïde réduit cette hauteur à 2 mm. d'une part, à 2 mm. 50 de l'autre, d'une manière générale. La moyenne de cette réduction est de 5 mm. pour le sexe faible, de 6 mm. 50 pour le sexe opposé.

5° L'élasticité de ce ligament à l'état de repos est représentée par 5 et 6 mm 50, et à l'état de tension par 8 et 10 mm.; elle peut atteindre 12 mm. dans le larynx féminin, 18 mm. dans le larynx masculin.

Trachée.

1° Sur la moitié des sujets féminins, les diamètres antéro-postérieur et transverse ont l'un comme l'autre, 14 mm.; sur l'autre moitié, ils n'ont, en moyenne, que 13 mm. 50; ils diffèrent l'un de l'autre d'un demi millimètre.

2° Les variétés de longueur comprennent 7 mm. pour les diamètres de la premiere moitié; quant à la seconde moitié, le diamètre antéro-postérieur peut varier de 12 mm. et le diamètre transverse de 14 mm.

3° Dans le sexe masculin, un tiers des sujets seulement présente une même dimension moyenne de 17 mm. 50 pour les deux diamètres. Sur les deux autres tiers le diamètre antéro-postérieur mesure 18 mm. et le diamètre transverse 17 mm. 50.

4° Les varietés comprennent 14 mm. pour le premier tiers, 13 mm. pour le diamètre antéro-postérieur, et 16 mm. pour le diamètre transverse dans les deux autres tiers des sujets.

5° La trachée de la femme présente 3 à 4 mm. en moins dans ses diamètres, mais elle a une régularité de calibre plus stable que chez l'homme.

Œsophage.

1° L'orifice de l'œsophage mesure 9 mm. de diamètre chez la femme, 11 mm. chez l'homme; ses variétés atteignent 7 et 11 mm.

2° Cet orifice est situé sur la ligne médiane 4 fois sur 5 dans les deux sexes et 1 fois sur 5 seulement à gauche.

3° Il est précédé d'un vestibule évasé 1 fois sur 8 dans le sexe faible, 1 fois sur 7 dans l'autre sexe.

4° Dans la grande majorité des cas, pour pénétrer dans le véritable orifice ou entrée de l'œsophage, il faut maintenir l'extrémité de la sonde sur la ligne médiane et non la porter à gauche de cette ligne.

IV. Mém. — *Rapports millimétriques entre les diverses parties du larynx dans les deux sexes.*

L'importance de ce mémoire n'échappera pas, je l'espère, à l'attention du physiologiste, du médecin et du professeur de chant.

Mettre entre leurs mains et à leur portée un procédé scientifique, je pourrais même dire une méthode qui leur permette d'établir les dimensions variées des ligaments vocaux pendant la vie, et par elles déterminer peut-être l'étendue de la voix de la femme et de l'homme, tel est le but vers lequel tend mon travail.

Quoi de plus facile en effet que de mesurer la hauteur de la pomme d'Adam, celle du ligament thyréo-cricoïdien situé au dessous? Or, ma statistique nous apprend, par exemple, que le ligament vocal à l'état de tension possède 7 fois sur 11, chez la femme, la même dimension, 14 mm., que l'angle saillant du thyréoïde, et que, chez l'homme, l'un et l'autre diffèrent à peine de 1 mm. à 1 mm. et demi deux fois sur trois. Elle nous dit que la longueur de ce ligament vocal tendu peut être remplacée par celle du bras horizontal du levier cricoïdien 5 fois sur 7 chez la première, 2 fois sur 3 chez le second; que la glotte au repos répond exactement à la longueur de ce bras horizontal 3 fois sur 5 dans le larynx féminin, 2 fois sur 3 dans le larynx masculin et 8 fois sur 11 à la largeur de la face interne de l'épiglotte de ce dernier; que la glotte à l'état de tension présente, dans le sexe faible, 3 fois sur 4 la même dimension que la largeur de la face interne de l'épiglotte, et dans le sexe opposé, 2 fois sur 3 celle de l'axe du levier cricoïdien; enfin que cette même glotte tendue égale 2 fois sur 3 l'un des deux diamètres thyréo-cricoïdiens, chez l'homme.

Ces exemples feront comprendre le haut intérêt que révèlent les résultats de cette étude. La laryngométrie est à créer et ses applications s'adressent à toute une classe de personnes dont l'existence artistique et sociale est consacrée à l'enseignement du chant et à l'art musical.

Observons en terminant ce mémoire: 1° que les quantités millimétriques devant servir de base pour la mensuration de la glotte, du ligament vocal et des autres parties de l'organe de la voix, sont celles des rapports millimétriques et nullement les dimensions moyennes et normales fournies par ma statistique dans mes trois premiers mémoires; 2° qu'il faut tenir compte de l'âge pour le sexe féminin, lorsque l'on procédera à cette évaluation.

Epuisées les relations sur les travaux envoyés, M. le Président accorde la parole à M. Krishaber qui entretient l'Assemblée sur le *Spasme laryngé dans l'ataxie locomotrice.*

L'histoire des accidents laryngés dans l'ataxie locomotrice est de date récente. Cruveilher (32e livre, page 19) rapporte bien l'observation d'une femme de la Salpetrière qui mourut ataxique et chez laquelle la parole était embarassée, saccadée, entrecoupée; mais il ne parle pas d'accidents asphyxiques.

M. Féreol est réellement le premier qui ait attiré l'attention sur les accidents respiratoires de l'ataxie (1). Quelques années après, M. Charcot dans une

(1) De quelques symptômes visceraux et en particulier des symptômes laryngo-bronchiques de l'ataxie locomotrice progressive (*In Mém. de la Soc. Méd. des Hôpitaux*, Tome V, page 82).

de ses leçons de la Salpetrière a rapporté sous le titre de vertige laryngé (1) des faits nouveaux et particulièrement instructifs.

Ayant eu à mon tour l'occasion d'être consulté récemment par deux malades présentant des troubles graves de la respiration et chez lesquels j'ai cru reconnaître tous les symptômes de l'ataxie, je rapporterai ici leur histoire désirant appeler l'attention sur ce symptôme principalement comme phénomène prémonitoire du tabes dorsalis. M. Charcot qui avait été consulté par les deux mêmes malades et qui n'avait pas hésité un seul instant dans son diagnostic, a bien voulu me faire voir un troisième cas à la Salpetrière et m'a remis en outre, la description d'un quatrième cas inédit que je relate ici.

Observation I. — M. X..... 33 ans, négociant, de constitution robuste, n'a aucun antécédent nerveux dans sa famille. A 23 ans il contracte un chancre induré suivi d'accidents secondaires tenaces. En 1867, apparaissent des troubles de la miction consistant en envies fréquentes d'uriner. En 1870 il fait la campagne comme soldat, de temps à autre il commence à éprouver de petits accès de toux convulsive.

En juin 1871, éclate subitement un jour un accès de suffocation avec respiration sifflante et cyanose de la face. Cet accès dura environ cinq minutes et avait été précédé d'une sensation de cuisson au larynx, sensation qui se reproduisit invariablement depuis, au début de chacune des crises.

En 1872, névralgie faciale très violente qui dura deux mois; seconde crise laryngée en tout semblable à la première.

De 1873 à 1876, M. X..... éprouve sur les côtés du tendon d'Achille un gonflement douloureux, des douleurs en ceinture et dans les membres inférieurs des élancements ayant tous les caractères des douleurs fulgurantes de l'ataxie; en même temps apparaissent de fausses sensations plantaires, le malade croit appuyer les pieds sur des roulaux placés transversalement.

En juin 1876, à Vichy, troisième accès de suffocation éclatant la nuit et de quelques minutes de durée.

A partir de ce moment, les crises deviennent de plus en plus fréquentes et arrivent à se produire tous les 3 ou 4 jours jusqu'au mois d'octobre 1877.

Dans l'intervalle des grandes crises, le malade en avait eu très souvent de petites: celles-ci avaient quelque analogie avec les quintes de la coqueluche; elle se composaient de 4, 5 ou 6 expirations courtes, précipitées, de moins en moins sonores, suivies immédiatement d'une inspiration profonde, plutôt ronflante que sifflante. Le malade se levait alors et faisait quelques pas avec agitation; les quintes toujours précédées de la sensation de picotement ou de constriction laryngée se reproduisaient jusqu'à 6 ou 8 fois par jour; elles duraient de 1 minute $^1/_2$ à 2 minutes.

Le 8 octobre 1877, le Dr. Keller m'adresse ce malade: l'examen laryngoscopique me démontre l'existence d'une paralysie complète de la corde vocale gauche. La glotte put cependant s'ouvrir assez largement par la contraction devenue habituellement plus énergique du crico-aryténoïdien postérieur du côté droit, suppléant ainsi à la paralysie de son congénère gauche, dans une mesure suffisante pour permettre une respiration à peu près normale.

(1) *In Progrès Médical,* 1879. N. 17

Les muscles phonateurs, constricteurs en même temps, n'étaient nullement atteints par la paralysie; aussi la voix était-elle intacte.

M. X..... fut adressé vers la même époque à M. Charcot, qui eut l'occasion de voir une crise se produire dans son cabinet. Les mêmes accidents se reproduisirent tous les 4 ou 5 jours avec des degrés divers d'intensité jusqu'au 13 novembre. A partir de cette époque, il y eut sous l'influence d'un traitement sédatif, une grande amélioration dans son état et je ne vis plus le malade pendant 3 années.

Je fus appelé de nouveau auprès de lui en juin 1880. Depuis 5 ou 6 jours, il était enrhumé; mais il n'attachait aucune importance à cette indisposition, quand dans la nuit du 12 au 13, il eut un petit accès de suffocation de quelques minutes de durée, mais sans perte de connaissance. Le 14 il s'était couché de bonne heure et avait dormi déjà, quand il fut réveillé à 11 heures par le picotement laryngé et eut une crise avec perte de connaissance, dont il évalua la durée à 25 minutes.

Il vint me consulter le 15; je prescrivis 5 gr. de bromure de potassium et je plaçai auprès de lui un garde capable de faire la trachéotomie, dans le cas où la suffocation menacerait d'arriver jusqu'à l'asphyxie. L'état général du malade était du reste à peu près le même que lors de ma première consultation : douleurs fulgurantes, ténesme vésical et rectal, abolition complète du réflexe rotulien, léger retard dans la perception des impressions tactiles, impuissance, quintes de toux convulsive de temps à autre, du reste pas la moindre trace d'incoordination motrice, puisqu'au mois de mars précédent M. X.... avait pu prendre part, en qualité d'officier, aux manœuvres de l'armée territoriale.

Le 15 juin à 11 h. $^1/_2$ du soir, nouvelle crise. Réveillé en sursaut par sa sensation prémonitoire du côté droit du larynx, le malade avait eu quelques quintes de toux précipitées qui avaient cessé brusquement. Il semblait qu'il y eut alors occlusion de la glotte et le malade perdit connaissance: la face était vultueuse, les lèvres violacées, les vaisseaux du cou turgescents et le cou lui-même très-volumineux.

Les battements du cœur étaient un peu accélérés (84), le thorax restait immobile, sans mouvements respiratoires, de temps en temps seulement il y avait un soubresaut des muscles inspirateurs, accompagné d'un bruit d'inspiration sifflante et pénible. Bientôt le malade ouvrit les yeux, et tout aussitôt il respira librement après avoir eu quelques éructations. Il conserva une sensation de lassitude extrême, de faiblesse générale; il était irritable, nerveux, disposé aux larmes, tout le corps, la face surtout, était inondé de sueur. Pendant la crise, on employa des révulsifs (éponge chaude, sinapismes) des inhalations d'iodure d'éthyle, des injections sous-cutanées d'éther sans résultat évident.

La journée suivante fut calme; le 16 à 11 h. $^1/_2$ du soir accès de suffocation de 20 minutes de durée environ; mêmes phénomènes que la veille.

Le 17 j'appelle en consultation MM. Charcot et Delpech: il fut convenu que le malade prendrait de fortes doses de bromure de potassium (12 gr. par jour) et qu'en cas de nécessité absolue, je pratiquerais la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne.

Pendant cinq jours les mêmes accidents se reproduisèrent 1 ou 2 fois chaque jour.

Le 23 M. X.... eut une crise extrêmement violente, avec perte de connaissance complète, la respiration s'arrêta pendant quelques instants, le pouls

devint insensible. M. Girandeau, un des trois internes qui alternaient auprès du malade (MM. Raymondaud et Caste étaient les deux autres) se préparait à faire la trachéotomie, lorsque quelques inspirations précipitées se produisirent et annoncèrent la fin de la crise.

J'arrivai sur ces entrefaites et en raison du danger qui résultait de ces spasmes de plus en plus violents, je me décidai à intervenir. Je fis la laryngotomie au thermo-cautère, le malade perdit à peine deux cuillerées de sang.

Le 24 M. X..... eut une quinte de toux précédée de sensation laryngée; il était évident par conséquent que le spasme glottique persistait; mais la présence de la canule préservait le malade de l'asphyxie.

Les jours suivants quelques quintes de toux de moins en moins fréquentes se montrèrent, et comme les suites de l'opération furent très-simples, le malade put bientôt sortir en respirant par la canule.

En résumé et malgré l'absence de toute incoordination du mouvement, nous n'avons pas hésité un instant à reconnaître l'existence d'un lien pathogénique entre l'ataxie locomotrice et les spasmes auxquels nous assistions.

Envisagé au point de vue de l'intensité, le spasme se présentait sous trois aspects:

1.° Quinte de toux convulsive coqueluchoïde ou bien plusieurs quintes se succédant rapidement et constituant un petit accès.

2.° Accès de suffocation allant jusqu'à la perte absolue de la connaissance pendant lequel survinrent quelquefois des mouvements épileptiformes.

3.° Enfin au maximum d'intensité, la perte de connaissance se prolonge, la respiration se suspend, les battements du cœur s'affaiblissent et le malade est en imminence d'asphyxie (ce danger est écarté par la laryngotomie).

Observation II. — Homme de 51 ans, copiste de manuscrits, a eu la syphilis à l'âge de 20 ans. A 37 ans, paralysie du moteur oculaire commun. L'année suivante, douleurs fulgurantes, anesthésie plantaire, début de l'incoordination motrice qui a été s'aggravant depuis; autres signes classiques du tabes dorsalis.

Voici maintenant en quoi consiste le phénomène principal de l'observation, le trouble respiratoire. Depuis 7 ou 8 ans, M. X..... souffre d'une toux spasmodique violente, férine, le plus souvent sans expectoration. Chaque accès de toux est suivi d'une inspiration bruyante, stertoreuse. Les accès se manifestent surtout quand le malade marche, parle, déglutit; ils surviennent aussi pendant le sommeil. Ils correspondent généralement à ceux de la première catégorie de mon premier malade; quelquefois ils vont jusqu'à la perte de connaissance.

L'inspection laryngoscopique m'avait dans ce cas révélé une parésie des inspirateurs. Les cordes vocales inférieures très-rapprochées décrivaient une ellipse irrégulière et en les touchant on provoquait un spasme, avec pâleur de la face et sensation de vague allant jusqu'à la perte de connaissance.

Observation III. — Madame X...., 37 ans, service de M. Charcot, ataxique depuis 1871. La maladie débute par des troubles oculaires, paralysie du moteur oculaire commun. En 1875, apparaissent les douleurs fulgurantes et des vomissements presque quotidiens non douloureux se répétant sans cesse parfois pendant un mois. Bientôt apparaissent l'incoordination motrice et des accès de vertige auriculaire.

A ce tableau, s'ajoutent enfin les accidents laryngés: sensation de corps étranger au larynx, toux sèche et saccadée, cornage inspiratoire, voix entrecoupée. De temps en temps les crises vont jusqu'à la perte de connaissance. A l'examen laryngoscopique plusieurs fois répété je ne constate aucune lésion matérielle.

Observation IV. — M..... 67 ans. L'affection actuelle a débuté il y a 13 ans, par des crises laryngées très-violentes, survenant sans raison, indépendantes de l'alimentation, consistant en cornage avec sifflement inspiratoire. Pendant trois ans, ces crises avec cornage ont été le seul symptôme tabétique présenté par le malade.

Les symptômes classiques du tabes dorsalis ne se sont montrés que depuis deux ans: paralysie de la troisième paire, douleurs fulgurantes et en ceinture, incoordination motrice, rétention d'urine, etc. Aujourd'hui le malade présente une tableau complet de l'ataxie locomotrice.

Je ne ferai suivre ces observations que de quelques remarques: On voit que les accidents laryngés du tabes dorsalis varient d'intensité avec chaque malade et qu'en outre chez le même ataxique ils peuvent varier depuis la simple quinte de toux coqueluchoïde jusqu'à l'accès de suffocation avec perte de connaissance et asphyxie imminente. J'admets les trois catégories d'accidents laryngés décrits par M. Charcot; mais au petit accès du savant professeur de la Salpétrière, j'ajoute une variété constituée par une série de quintes convulsives, sans que cependant perte de connaissance s'en suive.

Ces accidents laryngés ont pour caractères leur intermittence tout comme les crises gastralgiques et néphrétiques si bien décrites par M. Féreol. Les causes qui les produisent sont inconnues ou du moins varient avec chaque malade.

Quant à leur nature, l'examen laryngoscopique plusieurs fois répété me permet d'affirmer qu'il s'agit d'un spasme des muscles constricteurs de la glotte et non pas d'une paralysie des dilatateurs. J'ai observé deux fois, il est vrai, la paralysie d'un des crico-aryténoïdiens postérieurs caractérisée par l'immobilité de la corde vocale correspondante; mais on sait que lorsqu'un de ces muscles est paralysé, la respiration s'effectue fort bien par suractivité de son congénère, les accidents laryngés de l'ataxie locomotrice ne peuvent donc lui être imputés et se rapportent bien au spasme intermittent.

Nous avons vu que ces accès de spasme peuvent nécessiter l'intervention chirurgicale mais sous ce rapport je crois que jusqu'à ce jour le fait que j'ai rapporté (Voy. observ. I) est un fait unique.

A propos de cette communication M. Thaon demande s'il y a une différence symptomatologique entre cette forme de spasme et les altérations fonctionnelles illustrées par M. Charcot sous le titre *Vertige du larynx.*

M. Krishaber répond qu'en effet il y a beaucoup de ressemblance; il admet les trois catégories d'accidents laryngés décrits par M. Charcot, mais au petit accès du savant Professeur de la Salpétrière, il ajoute une variété constituée par une série de quintes convulsives, sans que cependant il s'en suive la perte de la connaissance.

M. Elsberg a la parole pour demander *quell'est l'expérience des praticiens présents à l'égard de la fréquence et du traitement des érosions de l'épiglotte*:

Messieurs

Ce n'est pas mon intention de vous présenter un essai monographique, mais seulement de vous poser une question. Je voudrais demander quelle est l'expérience de Messieurs les laryngologistes, réunis ici, par rapport à l'occurrence fréquente et le traitement de l'érosion de l'épiglotte.

Pour mon compte, au commencement de l'année 1857, donc, avant l'introduction du laryngoscope, j'avais en traitement une bonne qui souffrait d'une toux très irritante. Elle avait essayé les remèdes d'un grand nombre de médecins sans effet. Un examen bien soigneux de la poitrine ne faisait découvrir aucune maladie des poumons. En examinant la gorge, en consultation avec l'illustre Docteur Horace Green, en abbaissant la langue avec force, nous voyons le bord supérieur de l'épiglotte tout-à-fait couvert d'érosions. Il y avait des petits îlots d'épithélium sain entre un grand nombre d'ulcérations superficielles, plus ou moins rondes, qui donnaient au bord libre de l'épiglotte l'apparence d'être creusé avec l'ongle. L'application d'une forte solution de nitrate d'argent modérait la toux pendant presque un jour entier; et encore plusieurs applications, faites pendant la semaine, guérissaient la malade d'une toux qui avait résisté longtemps à toute espèce de traitement.

Mon attention ayant été aussitôt attirée sur cette condition; je la cherchais quand le laryngoscope venait de paraître, et je l'ai souvent trouvé tant la cause que la conséquence d'une toux. D'après mon expérience, elle se présente très souvent, pas toujours bien marquée, mais, en effet, dans peut-être trente pour cent des cas de larynx malade, et aussi dans les cas de maladies des poumons ou d'autres conditions morbides qui produisent de la toux, même quand aucune autre partie du larynx est affectée.

Comme traitement, j'ai trouvé que tandis que l'érosion de l'épiglotte résiste aussi bien à tout traitement externe qu'à toute espèce de médication interne par l'estomac, il cède relativement avec facilité à un traitement local, soigneusement appliqué aux endroits affectés. Il se présente des cas chroniques, dans lesquels un nombre d'astringents et caustiques, essayés successivement, peuvent être nécessaires; et il y a des cas graves et quinteux qui résistent souvent longtemps aux applications qu'on fait, quelles qu'elles soient. Même des cas bénins, des cas qui se guériraient de même ou avec un traitement indifférent, sont guéris plus rapidement et d'une manière plus satisfaisante par la médication topique.

Je rendais compte dans le « *New York Medical Gazette* » du 25 Janvier 1868. des deux cas suivants. « J'avais vu pendant les deux mois précédents vingt ou trente patients souffrant d'une toux violente, provenant de l'érosion de la partie supérieure de l'épiglotte. Il arrivait, curieusement, que deux messieurs, dont les cas étaient aussi identiques que possible, me consultaient le même jour. Tous les deux étaient courtiers dans la même ville, New York; ils avaient attrappé froid le même jour et presque de la même façon; tous les deux avaient eu une sensation presque permanente de démangeaison et une toux incommode pendant plusieurs jours quand ils vinrent chez moi. Quoique un ne savait rien de l'autre, tous les deux employaient presque les mêmes expressions pour dépeindre leur

condition. L'histoire, les sensations et les apparences des deux cas étaient identiques. L'épithélium de presque toute la partie supérieure de l'épiglotte était enlevé, l'érosion n'arrivait pas à une ligne en largeur et environ d'un demi pouce en étendue avec ça et là un petit îlot, grand comme la tête d'une épingle, de muqueuse saine. A part ce désordre, tous les deux se déclaraient et semblaient être parfaitement sains et bien portants à tout égard. L'un m'était adressé par un médecin seulement pour l'examen, l'autre était mon patient.

Pour ne pas s'arrêter sur la satisfaction que nous éprouvons à présent d'être capable de faire un diagnostic si exact, de bien juger des troubles mécaniques et physiologiques, et de se rendre raison de l'irritation et de tous les symptôms subjectifs, — je vous raconterai le traitement suivi dans ces deux cas identiques et le résultat. J'envoyai une description détaillée au médecin de l'un des malades; et ce médecin continua l'administration d'une excellente potion pour la toux qu'il avait ordonné précisément auparavant, contenant les éléments habituels, c'est-à-dire un expectorant, un mucilagineux, un saccharin et un anodin. Le patient se soignait attentivement, suivait les ordres exactement, et j'observais délibéré son progrès. Dans l'autre cas je touchais immédiatement la surface ulcérée avec une solution de chlorure d'or. Je fis la même application le jour suivant, le troisième la partie avait si bon aspect que je m'abstins de toute application; aussi le quatrième jour seulement j'examinais le monsieur: il était tout-à-fait guéri, l'épiglotte ayant reprit son aspect normal et le chatouillement ayant disparu. La toux de l'autre malade était modérée par la potion expectorante, mais il s'écoula plus de trois semaines avant la guérison complète de l'épiglotte et la disparition de la toux. Pendant tout ce temps son estomac était chargé de médicaments, il était obligé de prendre des purgatifs plusieurs fois, et il était cependant très dérangé. Il n'est pas besoin de faire plus de commentaires.

Il y a plusieurs années que j'ai dirigé l'attention de mes élèves à ce sujet, dans les cliniques et les conférences; mais en dépit de la fréquence de cette maladie, aucun des excellents traités sur les maladies de la gorge n'observent du tout cette condition. C'est pour cette raison, que j'ai l'honneur de demander à Messieurs mes Collègues leur expérience par rapport à ce sujet.

M. Schmidt dit que dans les cas nombreux d'érosions spécifiques qu'il a observés il n'a jamais eu le symptôme de la toux suffocante cité par M. Elsberg.

M. Elsberg répond que dans ses observations il s'agissait toujours de formes d'érosions catarrhales.

M. Ariza donne lecture de son travail sur *la phthisie laryngienne idiopathique et des signes objectifs qui la révèlent au laryngoscope*, dont voici les conclusions:

1. Nous devons refaire le chapitre des laryngites plastiques et hypertrophiques, et les rapporter dans la plupart des cas à la tuberculose de l'organe vocal.

2. Les vrais polypes qui naissent dans les larynx affectés d'hypertrophie participent aussi du caractère tuberculeux propre de la laryngite, et on ne doit les opérer que quand ils mettent en péril imminent la vie du malade.

3. La tuberculose laryngienne qui prend la forme hyperplasique ou polypeuse est presque toujours idiopathique.

4. Sans prétendre decider sur le plus ou moins de fréquenee de l'idiopathie ou de la deuteropathie du tubereule laryngien, nous croyons que la phthisie laryngienne affeete de préférenee la forme ulcéreuse quand elle eoésiste avee l'altération pulmonaire; et qu'il est alors diffieile de vérifier dans quel organe a eommencé l'affeetion.

5. Dans les phthisies hypertrophiques les malades eonservent généralement un degré relatif de vigueur et de bonne santé jusqu'à ce qu'il se présente la période de l'uleeration.

Et enfin, eome corollaire:

6. Ces tubereuloses laryngiennes hyperthropiques peuvent être enrayées et même guéries par les bienfaits d'une exeellente hygiène et d'un traitement général savamment dirigé sous le triple point de vue pharmacologique, elimatologique et hydrologique.

M. Zawerthal lit son travail sur la *tuberculose du pharynx.*

Quoique les travaux qui ont paru sur ce sujet dans les derniers 15 ans soient bien connus, il est bon de fixer l'attention des savants sur les manifestations eliniques de même que sur les earaetères anatomiques de eette maladie. Green, Bryll, Rindfleisch, Wendt, Long Fox et eneore plus Isambert et Fränkel qui ont lié leur nom aux progrès de la seienee sur cet argument n'ont pas résolu toutes les questions auxquelles il se rattaehe. La symptomatologie et la pathologie de la phthisie du pharynx doivent être beaucoup plus illustrées. Favorisé par le hasard j'ai pu examiner à la Polyclinique de même que dans ma elientèle privée des malades que j'ai pu surveiller jusqu'à la fin, et il me parut un désir justifiable de eommuniquer à MM. les membres du Congrès de Laryngologie le résultat de mes études. Pour plus de elarté je vais diviser ma eommunication en deux ehapitres: dans l'un je traite de la symptomatologie: dans le seeond de l'anatomie pathologique de la maladie en question.

Symptomatologie. — Il n'y a pas, peut-être, une maladie au sujet de laquelle tous les observateurs soient si bien d'aeeord pour ce qui regarde la syndrôme subjeetive. Tous les elinieiens parlent d'une sensation pénible de sécheresse dans la gorge, de douleurs déehirantes et laneinantes aux oreilles. Tout le monde parle de l'odynphagie comme du symptôme eapital sans oublier eependant les sensations douloureuses dans l'aete de la déglutition si terribles parfois que les malades refusent toute nourriture et il faut leur donner les aliments *per œnemata.* Isambert dit eneore que l'odynphagie dans la phthisie du pharynx est plus pénible que dans toute autre maladie de eet organe. M. Morell Mackenzie dans son *Manual of diseases of the Throat and Nose,* qui vient de paraître, et Solis Cohen dans la seeonde édition de son remarquable ouvrage se trouvent parfaitement d'aeeord là-dessus: quoique ee dernier déelare qu'il n'a jamais observé une pareille maladie. Malgré eet aeeord il me semble que la ehose soit autrement: pareeque, quoique la deseription qu'on en a donnée soit fidèle, elle est insuffisante. En effet si la séeheresse de la gorge est un signal qu'on ne pourrait méconnaître lorsque la pharyngite tuberculeuse est au eommencement, la ehose est différente lorsqu'elle a fait des progrès et se trouve dans le *status floridus.* Quand les ulcérations ont envahi les eôtés de la paroi posté-

ricure du pharynx, les arcades palatines, il survient une sécrétion si abondante, une vraie blennorrhée, que les malades sont obligés à chaque instant de l'expulser de la gorge par des manœuvres très-douloureuses, et bien souvent il arrive dans la journée que le muco-pus qui coule sur le larynx soit la cause de nombreux accès de suffocation. Il est facile à comprendre qu'une parcille énorme sécrétion de muco-pus est la conséquence aussi bien des troubles de circulation tout autour des parties ulcerées que des conditions d'irritation du système des glandes folliculaires. Seulement jusqu'ici les auteurs n'ont pas fixé leur attention sur la constance d'un pareil phénomène. Je répète qu'il s'agit d'un symptôme qui ne manque jamais; et je me trouve en droit de le classifier comme un fait immanquable si dans toutes les observations que j'ai instituées il n'a jamais fait défaut une seule fois.

Mon opinion est que dans une maladie où il ne s'agit pas de pouvoir guérir, mais seulement de soulager nos patients, une étude particularisée de chaque symptôme a une importance pratique remarquable; et cette blennorrhée qui ôte le repos le jour et la nuit, qui force les malades à de pénibles mouvements continus de déglutition quand elle ne donne pas des accès de suffocation est sûrement, comme les douleurs dans l'oreille, un des symptômes plus molestes de la phthisie du pharynx.

Venons maintenant à la symptomatologie objective, en commençant par le mesurage de la température. Afin de vous procurer des donnés exactes sur le décours de la fièvre j'ai fait prendre dans beaucoup de cas la température 3 fois par jour : le matin à 9 h.; à 3 h. de l'après midi, et à 10 h. du soir; mais je n'ai pu constater autre chose qu'une augmentation de température le soir, de même qu'un abaissement le matin; j'ai pu contrôler les résultats fournis par Wunderlich, et je suis étonné que Fränkel ait déclaré des résultats si differents. Dans le *London Medical Records,* 1877, il écrit que la fièvre tient dans la phthisie du pharynx un décours tout à fait singulier; c'est à dire plus irrégulier que dans aucune autre maladie. En tout cas cet auteur ne doit pas avoir bien observé; parce que la tuberculose du pharynx n'est qu'une manifestation de la tuberculose générale; et certainement Fränkel s'est laissé entrainer par des théories qui l'ont conduit à des classifications artificielles qui ne sont pas soutenables. On ne doit pas s'étonner si chez ces malades le pouls, un jour, est comme dans la fièvre typhoide tandis que le lendemain la température se comporte analoguement à la fièvre hectique; que de temps à autre on puisse observer des variations subitanées et remarquables dans la température, ce n'est ni constant, ni rare; car nous savons et la physio-pathologie de la distribution de la chaleur nous l'a appris, que chez les troubles de nutrition de la tuberculose, la moindre modification dans la diète, dans l'hygiène, se manifeste dans les chiffres thermométriques. Mais ceci n'est qu'un fait lié au hasard; ce n'est pas un phénomène nécessaire ni de la tuberculose générale, ni de la tuberculose du pharynx : alors il ne peut pas être indiqué comme un caractère clinique d'une pareille maladie. Au contraire il y a d'autres manifestations de la phthisie du pharynx qui sont bien plus décisives. Si un de ces patients vient chercher notre avis lorsqu'il se trouve dans les premières périodes de la maladie, le fait qui nous frappe spécialement est une coloration pâle de toute la muqueuse pharyngienne, effet de l'anémie de ces tissus: la sécrétion muqueuse est peu abondante d'où vient cette sensation de sécheresse dans la gorge qui tourmente alors le malade. Une parcille condition ne dure pas

longtemps; et dans le délai de peu de semaines, une rougeur pâle et circonscrite commence à paraître sur les côtés de la paroi postérieure du pharynx. A ce moment là il ne s'agit pas d'une simple tâche hypéremique; c'est une vraie infiltration, superficielle si nous voulons, des tissus. Peu à peu cette espèce de papules, si le mot passe, se multiplient et la muqueuse qui les sépare, autrefois pâle et atrophique, commence à se colorer et à s'épaissir. Lorsque la formation de ces infiltrations est assez avancée, les plus anciennes s'ulcèrent et leur transparence se perd. En même temps ce procès montre une tendence déclarée au développement d'excroissances polypoïdes, précisément là où les tissus sont en train de se détruire par le travail ulcératif. Ça s'explique facilement en songeant à l'irritation perpétuelle occasionée par le travail inflammatoire de même que par les matériaux pathologiques qui se déposent sur les ulcères et tout autour d'eux. Ces végétations sont en général d'autant plus volumineuses que le diamètre de l'ulcère est plus considérable; et elles se détruisent avec grande promptitude après avoir été envahies par le travail ulcératif. Ce phénomène s'observe plus spécialement sur la luette, et c'est à cause de cela que cet organe dans la tuberculose du pharynx montre un volume double, et même parfois triple qu'à l'ordinaire. La constance d'une pareille altération a imposé tellement à M. Stoerk qu'il en a fait un des faits caractéristiques de la maladie; quoique, à mon avis ça ne soit pas toujours vrai, car il m'est arrivé plusieurs fois de le rencontrer chez des patients syphilitiques et de le démontrer aux élèves. — Ce n'est pas inutile de rappeler qu'un tel épaississement de la muqueuse n'est autre chose que son infiltration avec des cellules jeunes, et elle n'affecte pas seulement certaines parties du pharynx, p. ex.: la luette, les arcades palatines antérieures, mais toute entière la muqueuse du pharynx, les amygdales comprises.

Isambert était de l'avis qu'il s'agit d'une infiltration gélatineuse de ces organes: mais l'observation microscopique a décidément démontré la production de ces éléments cellulaires dans la muqueuse, dans la submuqueuse, jusque dans le *perymisium*. Même la substance musculaire ne peut pas se soustraire à tout envahissement des altérations qui sont propres des périodes avancées de la maladie. Les *striae transversae* s'exposent à une dégénération granuleuse, laquelle plus tard fait place à une vraie dégénération graisseuse de la substance musculaire. Les muscles qui sont pris les premiers sont d'après mes observations: le m. *azygos uvulae*, les *palato-glossi*. Les autres bandes musculaires qui appartiennent au pharynx et au voile du palais sont affectés plus tard, plus superficiellement et pas toujours.

Jusqu'ici aucun écrivain n'a cru nécessaire d'étudier et de publier le résultat de ses investigations sur les altérations de l'espace pharyngo-nasal dans la phthisie du pharynx. On pourrait, peut-être, trouver une raison à ce silence dans les immenses, et parfois presque infranchissables difficultés que l'énorme excitabilité des phthisiques du pharynx oppose à l'investigation, à la rhinoscopie; mais avec beaucoup de patience, avec l'usage de moyens aptes à procurer une provisoire narcose des parties contre lesquelles va se poser le miroir du médecin, on peut presque toujours surmonter ces obstacles; et vraiment en me tenant à ces préceptes il m'est arrivé d'obtenir en beaucoup de cas l'image plus complète et fidèle des altérations que je voulais étudier et dont je donne ici une courte description. Il faut se rappeler avant-tout que la différente nature des épithéliums (stratifiés dans l'espace pharyngo-buccal, cylindriques et vibrantes

dans la cavité naso-pharyngienne) parait n'exercer aucune influence remarquable sur la marche du procès dans les localités que nous venons de citer.

Les altérations de la tuberculose se déclarent au plus tôt et au plus hau degré là précisément où la cavité est plus riche en glandes. La *tonsilla pharyngea*, les alentours des fosses de Rosenmüller, la voûte de la cavité naso-pharyngienne, voilà les lieux d'élection pour les ulcérations tuberculeuses; lesquelles peuvent porter leur ravage si loin et si profondément que les masses glandulaires qui peu de temps auparavant étaient hypertrophiques se détruisent complètement. Il faut que j'avoue qu'il ne m'a pas été possible de voir des ulcères sur la surface postérieure du palais mou quoique si riche en glandes et lieu de prédilection des ulcères syphilitiques; peut-être il s'agit d'un simple hasard: peut-être je n'ai pas examiné tous les patients avec la même précision; mais je ne puis me prononcer sur la présence de semblables altérations sur la surface postérieure du voile du palais.

Anatomie pathologique. — Je crois qu'on aura dit tout ce qui est nécessaire sur l'anatomie pathologique de la phthisie pharyngienne en répondant à cette seule question. Est-ce que la phthisie du pharynx est une maladie qui puisse se déclarer isolément c'est-à-dire comme maladie primaire sans être accompagnée d'altérations tuberculeuses dans d'autres parties de l'organisme? Ou vraiment doit-elle être considerée comme une forme secondaire dans le tableau de la tuberculose miliaire générale? — Avec d'autres mots est-ce que la phthisie du pharynx a une marche à elle tout-à fait spéciale, est-ce que elle se déclare au moyen d'altérations si singulières que le pathologiste se trouve autorisé à en faire un chapitre à part dans la description du procès tuberculaire, ou bien en est-elle une appendice à laquelle la structure des parties, leur fonction, leur siége, leur relation avec le monde extérieur prêtent des singularités cliniques caractéristiques?

M. le Dr. Morell Mackenzie en donnant la définition de la maladie dit: « ulcérations et déposition de tubercules miliaires qui attaquent le pharynx soit comme expression locale *primaire* de phthisie constitutionnelle soit comme phénomènes à la suite des altérations déjà déclarées dans le larynx, dans le poumon ou dans bien d'autres parties du corps. » Je ne peux pas m'associer à une pareille définition. En m'appuyant sur mes observations je pense être dans le vrai en considérant la phthisie du pharynx comme une maladie qui ne se déclare *jamais primaire*, mais comme une forme *secondaire* de la phthisie constitutionnelle, laquelle survient précisément dans les périodes les plus avancées de la phthisie, lorsque déjà les poumons et le larynx sont affectés. — C'est bien vrai qu'il y a des cas, et M. Mackenzie en a rassemblé deux, où les altérations phthisiques du pharynx semblent être le seul symptôme qui manifeste la maladie; mais si le médecin se sert aussi bien de l'oeil que de l'oreille il trouvera certainement ou une infiltration du sommet pulmonaire ou une bronchite caséeuse, ou une laryngite avec formation d'ulcères qui lui donneront la clef pour le diagnostic. Je pourrais citer ici une douzaine de cas à l'appui de mes propositions; mais je vais épargner au lecteur et à moi-même l'ennui d'une casuistique clinique détaillée. Seulement il m'est impossible de ne pas m'étonner de ce que les divers écrivains, et entre eux M. Mackenzie qui est d'une si grande autorité, tandis qu'ils admettent que la phthisie du larynx soit nécessairement *secondaire* à la phthisie pulmonaire, et n'acceptent aucune phthisie laryngienne *primaire*, se prononcent si différemment à propos de la phthisie du

pharynx, quoique l'étiologie soit la même pour l'un que pour l'autre des organes.

En effet, si nous voulons rétrocéder jusqu'aux théories de Louis en considérant le contact des matériaux d'exerétions qui montent du poumon tuberculeux avec les parties saines du larynx, comme la cause de la phthisie de cet organe, nous devrions admettre que le larynx aussi bien que le pharynx doivent être affectés de la même manière. Mais la théorie de Louis comme elle n'est pas acceptable pour expliquer l'origine de la phthisie laryngienne, ne l'est pas même pour la tuberculose du pharynx.

1. Les ulcérations du pharynx et du larynx ne sont pas l'effet des propriétés irritatives des crachats; parce que en beaucoup de cas d'énormes cavernes pulmonaires avaient été constatées sans aucune ulcération pharyngienne ou laryngienne. Au contraire le travail ulcératif était déjà avancé dans ces deux organes lorsque il n'y avait pas encore une seule ulcération pulmonaire.

2. Les ulcères laryngiens et pharyngiens sont disséminés; et jusqu'à une certaine période la muqueuse qui les sépare, est saine, tandis que les excrétions pulmonaires viennent en contact de chaque point des parois pharyngo-laryngiennes, la cavité naso-pharyngienne exceptée.

3. Les études de Heinze ont démontré que le procès ulcératif fait sa marche en partant des parties profondes et en allant aux superficielles. En effet en soumettant des tissus infiltrés de tubercules aux observations microscopiques nous rencontrerons facilement des dépôts tuberculaires dans les couches profondes de la muqueuse, tandis que les couches intermédiaires à ces dépôts d'un côté et aux épithéliums de l'autre, contiennent de rares cellules, peu de vaisseaux sanguins et *aucun tubercule.* — La théorie de Louis ne nous expliquerait pas la présence des ulcérations dans la cavité naso-pharyngienne où les crachats pulmonaires n'arrivent pas; d'autre côté si on voulait s'associer à Rheiner pour accepter l'origine mécanique des ulcères laryngiens par l'*attritum* des diverses parties de l'organe phonateur entre-elles, on devrait appliquer la même théorie au larynx comme au pharynx. Le pharynx est encore plus exposé que le larynx à des causes mécaniques, thermiques et chimiques capables d'exercer une influence funeste. La pression causée par la mastication, les mouvements de déglutition, le contact de toutes les parties du pharynx avec les aliments qui ont différente densité, température et constitution chimique, la présence des bols alimentaires qui ont un volume et une forme diverses, et encore plus les énormes et rapides variations de température auxquelles le pharynx est exposé à cause des boissons froides ou chaudes, et de l'air frais ou chaud, voilà bien des causes qui doivent exercer leur influence bien plus profondément sur le pharynx que sur le larynx qui a une fonction plus restreinte et qui se trouve par sa position mieux sauvegardé.

Mais les théories de Rheiner ne sont pas acceptables ni pour la tuberculose du pharynx, ni pour celle du larynx; en effet la surface inférieure et la base de l'épiglotte qui sont relativement indemnes de confrications avec les parties environnantes ne sont pas moins un siége de prédilection pour les procès ulcératifs de la phthisie.

En concluant, la phthisie du pharynx, comme celle du larynx, est une forme secondaire de la phthisie généralisée; elle ne se manifeste *jamais primaire;* elle consiste en une déposition de tubercules, laquelle a lieu seulement après l'infiltration pulmonaire. Sa marche si rapide qui amène la mort entre 2-6 mois

au lieu d'être un caractère spécial, doit être envisagée comme la conséquence de son apparition tardive après les altérations pulmonaires; et le bref délai de temps dans lequel la mort survient rend insoutenables les critériums de Cornil et Isambert qui voulaient distinguer une phthisie *aigue* et une phthisie *chronique* du pharynx.

Comme une dépendance du chapitre de la pathologie de la phthisie du pharynx on pourrait encore proposer deux questions, c'est-à-dire: 1. Est-ce que cette maladie accompagne toujours la phthisie pulmonaire? 2. Est-ce que cette maladie se déclare toujours à une époque déterminée? Il faut répondre d'une façon négative aussi bien à l'une qu'à l'autre des questions. Il y a des cas où comme chez la diphthérie, la phthisie générale a une marche si rapide que le malade meurt avant qu'il y ait eu le temps nécessaire à l'éclosion des formes locales. Il y en a d'autres où au lieu du pharynx et du larynx, le péritoine et le paquet des intestins vont être attachés. Il y en a en troisième lieu des autres où la phthisie pharyngienne se déclare aussitôt l'infiltration pulmonaire a eu lieu, tandis que dans d'autres circonstances elle attend pour se déclarer les derniers jours ou les dernières semaines de la vie du patient. Toutes ces singularités dépendent de la faiblesse congénitale ou acquise des organes relatifs; lesquels dans un cas se trouvent à même d'opposer une résistance efficace, dans un autre n'offrent qu'une résistance facilement franchissable. Il m'a été possible en fouillant dans l'anamnèse de constater que dans la majorité des cas de pharyngites tuberculeuses, les malades depuis leur bas-âge avaient toujours souffert quelque chose à la gorge. Il s'agissait d'angines qui se répetaient, de tonsillites, de telle manière que leur pharynx était devenu un *locus minoris resistentiae.*

De la même façon chez les individus prédisposés à la phthisie les efforts de fonction de la part des organes respiratoires, les abus de la voix, les catarrhes chroniques, etc. sont toutes des circonstances favorables à l'éclosion de la phthisie laryngienne.

Je dois observer du reste que les patients examinés, ou provenaient d'une famille scrofuleuse, ou bien portaient eux-mêmes les signes des adénites scrofuleuses anciennement suppurées, ou des gonflements hyperplastiques des glandes sous maxillaires restées internes. Une pareille observation me semble doublement importante: parceque si d'un côté elle offre un intèrêt prophylaptique, d'autre part elle vient confirmer les vues que mon très-honoré maître le professeur Sangalli de Pavie avait publiées sur les liaisons multiples entre la phthisie et la scrofule.

M. Loewenberg communique l'observation suivante: *Trois myxo-sarcômes dans le pharynx d'une petite fille de cinq ans. — Extirpation à l'aide du doigt.*

La petite P. R. âgée de 5 ans m'est adressée le 5 mai 1880 par mon ami, M. le Docteur Liégeard de Bellème (Orne). Il y a 6 mois, des symptômes anormaux se sont déclarés du côté du naso-pharynx: d'abord du nasonnement, puis du ronflement pendant le sommeil qui était très-agité, et enfin depuis quelques semaines, des accès de toux qui se terminent par de la suffocation.

Pas d'épistaxis ni de trouble de la déglutition aucun fragment d'un néoplasme quelconque n'a été expulsé. La santé générale n'a commencé à souffrir véritablement que depuis 15 jours.

Examen. — La petite malade est l'enfant unique de parents un peu âgés mais parfaitement bien portants. C'est une forte et belle enfant de la campagne normande à cheveux blonds et à joues colorées. Elle n'a pas de fièvre. L'expression de la figure est anxieuse. Prononciation nasonnée («d» au lieu de « n » etc.). A l'inspection, les fosses nasales se montrent normales. En faisant ouvrir la bouche à l'enfant et en déprimant la langue, on découvre immédiatement, derrière le voile du palais, le bout inférieur d'une tumeur d'aspect lisse et de couleur grise tirant sur le rose. Ce bout inférieur dépasse la pointe de la luette. Au demeurant rien d'anormal ni dans l'état de la muqueuse ni dans la conformation de la cavité buccale, si ce n'est que le voile du palais est légèrement bombé en avant.

Dans le but d'étudier l'insertion de la tumeur que je me proposais d'enlever au moyen de l'anse galvano-caustique, je pratique d'abord l'exploration digitale. J'introduis la pointe de l'index à travers la bouche dans le pharynx en contournant le voile du palais après avoir très-soigneusement coupé ras et limé l'ongle de ce doigt pour lui enlever tout tranchant. Je trouve la tumeur implantée à la voûte du pharynx; en essayant de circonscrire son insertion avec le doigt, je ressens l'impression comme si elle allait céder un peu à la pression. Quoique très surpris par ce phénomène, je me décide à en profiter sur le champ, et en augmentant la pression sur la partie supérieure de la tumeur, je réussis au bout de quelques secondes à la détacher, non pas par arrachement mais en pesant simplement sur la partie implantée à la voûte du pharynx. J'avais soin d'empêcher, à l'aide du même doigt, que la tumeur en se détachant ne prenne le chemin de l'œsophage ni surtout du larynx.

Expulsée ainsi avec une perte de sang de quelques gouttes seulement, la tumeur se trouve avoir 4 centimètres de longueur sur une épaisseur de 2 $^1/_2$ centimètres au diamètre. Elle est d'aspect semi-transparent et d'une couleur gris-rosée. Elle est assez molle au toucher. Sa forme est celle d'une datte ou d'une petite banane, et comme ces fruits elle présente en haut et un peu latéralement un petit point d'attache. La ressemblance existe encore sous un autre rapport : de fait, la tumeur s'est laissée détacher avec la même facilité qu'un de ces fruits proche de sa maturité.

En revoyant la petite malade le lendemain de l'opération, j'apprends que le ronflement et l'étouffement ont disparu. Je constate que les voies nasales sont perméables et que le nasonnement n'a plus lieu. L'examen digital et la rhinoscopie font découvrir 2 autres tumeurs plus petites que la première et implantées plus en avant vers les fosses nasales. Je les enlève, l'une le 10, l'autre le 11 mai, en exerçant sur elles avec l'index une pression suffisante pour rompre leur attache à la voûte pharyngienne. J'ai choisi cette méthode parce qu'elle avait si bien réussi pour la première tumeur; je dois dire cependant qu'il m'a fallu employer infiniment plus de force pour ces deux grosseurs que pour la première et qu'il y a eu, là, arrachement plutôt que détachement. Aussi la perte de sang fut-elle assez importante chaque fois.

J'ai terminé le traitement en détruisant au galvano-cautère les restes des deux petites tumeurs, guidé, bien entendu, par la rhinoscopie à laquelle cette petite fille, douée d'un courage admirable, se prêtait parfaitement.

Je dois ajouter, d'ailleurs, que j'ai trouvé l'examen rhinoscopique d'une exécution relativement facile chez les enfants; je ne sais si d'autres observateurs ont constaté la même tolérance au jeune âge.

Je n'ai plus revu la petite fille depuis la fin du mois de mai; mais les lettres des parents affirment que sa santé est parfaite.

Reflexions. — L'âge de la petite malade et le siége des tumeurs pouvaient faire penser, d'abord, à des végétations adénoïdes; mais l'examen histologique que j'ai fait de commun avec un micrographe distingué, M. le Dr. Latteux de Paris, a facilement prouvé que les trois néoplasmes enlevés étaient des *myxo-sarcômes*. Ils sont par conséquent absolument différents des végétations adénoïdes, et non moins des polypes naso-pharyngiens ordinaires. La présence de ces derniers aurait été d'autant plus surprenante que les meilleurs observateurs affirment que ces néoplasmes ne se trouvent que chez les garçons.

A ma connaissance, aucun fait semblable à celui que je viens d'avoir l'honneur de relater n'a été publié, par rapport tant à la nature des tumeurs, vu l'âge de la malade, qu'au procédé opératoire employé pour leur enlèvement.

Notons encore le manque surprenant de cohésion entre la première tumeur et le sol où elle avait pris naissance; j'ai dit plus haut qu'elle se laissait détacher comme un fruit mûr, et le danger résidait, selon moi, surtout dans la possibilité d'une chûte spontanée de ce néoplasme. Dans ce cas, il aurait parfaitement pu glisser sur l'entrée du larynx, de laquelle son bout inférieur était peu éloigné, et amener ainsi la mort par suffocation.

L'avenir nous apprendra si, malgré la galvano-cautérisation exécutée avec un soin particulier, ces tumeurs récidiveront ainsi que leur nature doit nous le faire craindre.

L'auteur montra au Congrès les tumeurs extirpées (1).

M. Caselli fait le récit d'un cas dans lequel il a pratiqué l'*extirpation du larynx, du pharynx, de la base de la langue, du voile du palais et des amygdales.*

Une jeune fille de 19 ans, qui avait des granulations lymphoïdes, lesquelles envahissaient les parties sus-mentionnées, se présenta à M. Caselli un an après le commencement de la maladie. Dès lors elle souffrait des douleurs, de la difficulté à avaler les solides, des faciles vomissement, de la toux avec accès de suffocation, et avait une sensation dans la gorge de corps étrangers. Dans les derniers temps la respiration était difficile, et le sommeil impossible à cause de l'orthopnée, et en conséquence de ces phénomènes on observait un dépérissement général.

M. Caselli après avoir pratiqué la trachéotomie préliminaire avec le couteau galvano-caustique au 3e, 4e, 5e anneau appliqua la canule de Trendelemburg.

Ensuite il y plaça l'apparoil pour l'inhalation du chloroforme. La tête de la patiente renversée et pendante hors du lit était posée sur les genoux de l'opérateur, lequel après avoir allongé l'incision galvano-caustique jusqu'au bord libre du maxillaire inférieur, et avoir écarté les muscles sterno-hyoïdiens, détacha en raclant la glande thyroide et mit à découvert les cartilages thyroïde et cricoïde. Il y passa autour une anse galvano-caustique, coupa les ligaments thyroïdiens latéraux et le médian, et détacha le cartilage thyroïde en partie

(1) Depuis la communication de l'observation l'auteur fait savoir qu'il a été obligé, à deux reprises, d'enlever de très grosses tumeurs de la même nature chez la petite fille.

avec un bistouri, en partie avec le couteau galvano-caustique. Quand le cartilage thyroïde fut enlevé il s'aperçut que le cricoïde était envahi par les mêmes granulations; alors après avoir fixé la trachée avec deux fils de soie Lister il enleva aussi ce cartilage. Vu la difficulté d'ôter par la brèche du cou toutes ces néoformations, il divisa avec une cisaille ostéotome l'hyoïde et disséqua une portion des muscles génio-hyoïdiens dans leur point d'union.

Jusqu'à ce point de l'opération il fut seulement nécessaire la ligature de deux branches de l'artère thyroïdienne supérieure

Ensuite M. Caselli isola postérieurement et latéralement le pharynx, mit les lacets nécessaires pour retenir l'œsophage et excisa celui-ci avec une anse de platine. A ce moment il y eut un arrêt de respiration qui précéda des efforts de vomitissement. Il exporta ensuite à lettre C. une portion de la base de la langue avec l'épiglotte; et il enleva par la bouche , tenue ouverte avec le baillon américain, le voile du palais, et détacha la portion supérieure du pharynx au niveau des narines supérieures, les piliers et les amygdales. Avant de couper ces dernières , pour ne pas léser une grosse branche de l'artère pharyngienne supérieure il en fit la ligature. De cette manière l'opération put s'appeler incruente et fut accomplie en trois heures.

Ensuite il introduisit une sonde dans l'œsophage par laquelle il donna du vin; la patiente fit signe avec la tête qu'elle n'avait pas souffert pendant l'opération et put avancer la langue. Après avoir lavé la brèche avec de l'eau phéniquée il réunit avec du fil de catgut les deux moitiés de l'hyoïde et ensuite il rapprocha la peau avec huit points de suture. Il assura la canule pour la respiration en tenant toujours la trachée tamponnée et de même il fixa la sonde œsophagienne, qui fut bouchée avec un morceau de bois.

Dans cette opération M. Caselli eut soin de maintenir intact l'appareil d'innervation, de circulation, de motilité de la langue; il choisit le parti de dissection du haut en bas, pour ne pas déplacer les rapports des divers organes avec les artères et les nerfs; et s'étant servi du couteau galvano-caustique il n'eut à faire que trois ligatures d'artères. Par la suite, la température de la malade ne dépassa jamais le 38°,4.

Lorsque l'adhésion de l'œsophage et de la trachée fut faite il ôta les ligatures, et le procès de réparation se fit très-activement. Se maintenant normales la respiration et la température et bonne la nutrition la malade put après quinze jours abandonner le lit pendant deux heures.

Il ôta la sonde œsophagienne de la blessure, et la fit passer par la cavité orale, il enleva aussi la canule de Trendelenburg et lui substitua une autre grosse canule de trachéotomie.

Au bout d'un mois le rétropharynx était guéri; la plaie extérieure s'était modelée sur la canule; le cou avait pris une forme normale bien qu'un peu aplati; la sonde enlevée la patiente put faire spontanément quelques mouvements de déglutition des liquides et des solides.

Après quelques jours il leva définitivement la sonde œsophagienne et il confia l'alimentation à la déglutition naturelle. On continua cependant à appliquer pendant la nuit un mandrin creux dans l'œsophage afin d'empêcher une excessive rétraction cicatricielle.

Plus tard la malade put avaler rapidement les liquides sans qu'ils passassent par les voies nasales. Enfin M. Caselli fit construire d'après ses données par le mécanicien Caffarri de Reggio un larynx artificiel très-ingénieux et bien

différent de celui de Gussenbauer avec lequel la patiente put parler avec une voix sonore. (Voir *Bollettino delle Scienze Mediche di Bologna*, Serie VI, vol. V).

M. Caselli dans la description de la manière dont il se tira d'embarras dans certains accidents suscita souvent l'applaudissement de l'assemblée. Les membres du Congrès purent examiner l'opérée laquelle se portait très-bien encore quoique un an se fut écoulé, et purent constater la facilité de la déglutition et de la parole.

M. Massei, partageant les sentiments de l'Assemblée se fit l'interprète de l'admiration universelle.

La séance fut levée à midi.

CINQUIÈME SÉANCE

5 Settembre 1880

On ouvre la séance à 2 heures de l'après midi.

Sont présents au bureau M. Labus, Président; MM. Ariza, Elsberg, Vice-Présidents; MM. Frua, Urbino, Zawerthal, Secrétaires.

La parole est à M. Frua qui donne lecture de sa communication *à propos du traitement des plaques muqueuses du pharynx.*

L'observation de quelques cas qui se sont présentés au dispensaire des maladies de la gorge dirigé par M. le D. C. Labus à l'Hôpital Maggiore de Milan, me donna l'occasion de faire quelques considérations pratiques à propos du traitement des plaques muqueuses du pharynx, ou pour mieux dire, de la région staphylo-tonsillaire.

Je n'ai pas l'intention de toucher une question de syphilographie, mais plutôt de m'arrêter sur une classe de manifestations syphilitiques, lesquelles par rapport à la thérapie, doivent être considérées en relation aux conditions particulières de la structure anatomique, et des fonctions physiologiques de la région dans laquelle elles se manifestent.

Je crois au contraire, que seulement à cause de ces conditions on doit expliquer l'action therapeutique efficace du jode associé au mercure, comme je le dirai à propos des plaques muqueuses de la gorge, sans avoir la prétention d'exposer des théories nouvelles, mais seulement une conviction que j'ai acquise pratiquement.

En parlant des plaques muqueuses, il est nécessaire de substituer à la dénomination générique *pharynx,* celle de *isthme du gosier* ou de *région staphylo-tonsillaire,* cette dernière étant le siége préféré des plaques, qui ne se trouvent presque jamais sur les parois latérales ou postérieures du pharynx. — Cette particularité caractéristique des pharyngopathies secondaires, qui autrefois préoccupa les syphilographes, est expliquée par la structure histologique de la plaque muqueuse, laquelle consistant comme nous le savons d'une hyperplasie de la couche papillaire, ne trouvera pas d'opportunité à se développer sur la paroi postérieure du pharynx, qui est presque dépourvue de papilles.

Le nombre des cas de syphilis que nous avons observés pendant environ quatre ans n'est pas très signifiant, mais il est cependant nécessaire de rappeler qu'il se réfère à des malades, dont la plus grande partie avaient recours au dispensaire ne se croyant pas affectés de manifestations locales d'une infection celtique, mais plutôt d'une affection idiopathique, limitée à la gorge.

Pendant quatro ans environ, sur 1858 malades du dispensaire, nous avons eu 136 syphilitiques, parmi lesquels on a observé les plaques muqueuses de la gorge 73 fois, tandis que nous eûmes 53 cas de syphilis tertiaire: sur 73 cas de plaques muqueuses, 48 sont des hommes et 25 des femmes.

Même notre statistique, bien que assez restreinte, s'accorde avec celles d'autres auteurs pour reconnaître, que la plaque muqueuse est en général parmi les manifestations de la syphilis très fréquente tant il est vrai que Jullien justement écrivait « qu'on peut résumer la vérole en ceci: un chancre, une ro-« séole fugitive, et par la suite des plaques muqueuses, des récidives de plaques « muqueuses, et toujours des plaques muqueuses » (1).

Une des régions préférées par les syphilopathies secondaires, est certainement celle de la gorge; et une statistique de Bassereau (2) nous donne que, sur 130 malades, on aurait rencontré cent fois les plaques muqueuses aux amygdales et 44 fois aux piliers et au voile du palais.

L'ignorance des malades, ne nous a que très rarement permis d'observer la forme précoce d'érithème caractérisée par la rougeur vive, et la tuméfaction étendue du voile du palais, des amygdales et de la luette: dans le peu des cas rencontrés, nous observâmes aussi l'érithème au larynx et plus particulièrement à l'épiglotte et aux fausses cordes. J'ajouterai que, quelquefois les lésions du larynx se limitèrent à la forme érythématique, sans arriver jusqu'à la plaque, même lorsqu'il en existait déjà à l'istme du gosier.

Je ne veux pas ici aborder l'argument de la plaque muqueuse du larynx, qui niée par Ferras (3), depuis que l'histologie a constaté la présence de papilles dans la muqueuse laryngienne, fut admise par Fournier (4), Krishaber, Mauriac (5), Mac Neil Whistler (6), Gouguenheim, Boucherau (7), Massucci, etc., et que nous aussi observâmes 14 fois et plus fréquemment sous la forme d'épaississement épithélial à teinte opaline, ou d'exfoliations ovolaires de 2 et 4 mill. ou d'érosions superficielles sur l'épiglotte et sur les rubans vocaux inférieurs. Il faut cependant avouer, comme déjà M. Labus (8) l'a fait remarquer au Congrès de Pise, que quelquefois, la plaque laryngienne n'est pas très clairement visible avec une lumière artificielle. A la région staphylo-tonsillaire la forme que j'ai le plus souvent observée est la plaque opaline à surface peu saillante, ovale ou circulaire, accompagnée des mêmes manifestations à la partie intérieure des joues et des lèvres, avec hypertrophie secondaire des amygdales. Les formes de plaques hypertrophiques et érosives furent moins fréquentes, et rarement accompagnées de picotement, et de brûlure.

Pendant les premiers mois de l'institution du dispensaire à l'hôpital (novembre 1876), on commença à traiter toutes les plaques muqueuses de la région staphylo tonsillaire qui se présentèrent, avec les pilules de bichlorure de mercure (2 centig. par jour) ou de protojodure (6 centig. par jour), ou avec les in-

(1) Jullien. *Traité pratique des maladies vénériennes.* Paris.

(2) Belhomme et Martin. *Traité théorique et pratique de la syphilis.* Paris.

(3) Ferras. *De la syphilis laryngée.* Paris, 1872.

(4) Fournier. *Leçons sur la syphilis étudiée plus particulièrement chez la femme.* Paris, 1873.

(5) Krishaber et Mauriac. *Annales des maladies de l'oreille, etc.* 1875.

(6) Mac Neil-Whistler. *Lectures on syphilis of the larynx.* London, 1879.

(7) Bouchereau. *Étude sur la laryngite syphilitique secondaire.* Paris.

(8) Comptes-rendus du huitième Congrès de la Association Médicale Italienne — Section de laryngologie. Pise, 1879, pag. 392.

jections de sublimé, et à la localité, les badigeonnages d'une solution concentrée ou de nitrate d'argent ou de sublimé; quelquefois aussi avec l'acide nitrique. Mais bientôt nous dûmes nous étonner de voir que très souvent les lésions de la muqueuse de la gorge restaient presque stationnaires en comparaison de celles des autres muqueuses, et ce fut alors que l'on pensa d'expérimenter le sirop jodo-mercuriel, composé selon la formule du dispensaire des maladies vénériennes à l'Hôpital Maggiore, c'est à dire en donnant au malade 2 centig. par jour de sublimé corrosif et 2 gram. de jodure de sodium.

En général les résultats furent toujours satisfaisants, quand on n'avait pas de contre-indications par les conditions gastriques, et dans une dizaine de cas, l'action du sirop fut vraiment brillante et héroique, non seulement à cause de la prompte disparition des formes, mais aussi pour le manque de récidives: nous avons employé le traitement mixte dans 57 cas sur 73 malades de plaques muqueuses de la région staphylo-tonsillaire, et excepté huit cas dans lesquels le remède fut suspendu, ne pouvant être supporté par le malade, les formes locales disparaissaient ordinairement après la seconde dose du sirop.

L'obstination de ces formes est reconnue par tous les auteurs pratiques, non seulement pour le traitement mercuriel par l'estomac, mais aussi pour les moyens locaux, bien que le patient s'abstienne de toutes les causes irritantes comme le tabac, les liqueurs, etc.

En proposant le traitement mixte pour des manifestations secondaires de l'isthme du gosier, je ne veux pas m'étendre ici sur l'histoire des applications des préparations jodiques dans le traitement de la syphilis.

Le jodure de potassium employé pour la première fois comme antisyphilitique en 1834, par Vallace de Dublin, parvint en peu de temps à une renommée très étendue et par ses heureux effets, qui furent généralment reconnus, il n'a pas dû subir les mêmes vicissitudes du mercure, à côté duquel on ne peut aujourd'hui lui refuser une place, dans le traitement de la syphilis.

Cependant la plus grande partie des auteurs, admettent que l'action du jodure de potassium est limitée aux manifestations tardives, et que le mercure est réservé tout particulièrement aux manifestations secondaires.

Quelques auteurs ne manquèrent pas de nier quelconque action antisyphilitique du jodure, comme par exemple Thiry (1), qui jugea comme effets d'une intoxication hydrargyrique les accidents tertiaires. D'autres niant aussi l'action antisyphilitique des composés du jode, ont admis, que dans les manifestations tertiaires des malades traités auparavant avec le mercure, le jode provoquait la sortie du mercure qui restait encore inerte dans l'organisme, le rendant de nouveau actif pendant son élimination.

Parmi tant de controversies d'opinions, les praticiens ont trouvé la nécessité en pratique de l'association des deux remèdes surtout pour certaines formes indécises, appelées *secondo-tertiaires* (épididymite syphilitique et iritis parenchimateuse), et presque toutes les observations s'accordent à démontrer que les effets du traitement mixte ont quelque chose de particulier et de complexe, quelque chose qui ne peut-être déployé ni par le mercure ni par le jodure de potassium isolés.

Les modernes connaissances de l'anatomie et de la physio-pathologie, s'opposent à l'idée ancienne de l'action absolue specifique d'un remède, comme on l'admit par l'empirisme et aujourd'hui on ne croit pas qu'une maladie puisse

(1) *Journal de Médicine, de Chirurgie et de Pharmacologie.* Paris, septembre 1866.

être guérie par l'action d'un seul remède: il y aura des causes et des produits pathologiques spécifiques, mais non des remèdes spécifiques.

C'est pour cela que nous crûmes pouvoir employer opportunément le traitement mixte dans la période secondaire de la syphilis pour les manifestations de la gorge. En effet rappelant l'action élective que doit avoir le jode et ses préparations sur les muqueuses pharyngo-nasale et de la bouche pendant l'acte d'élimination, comme on peut facilment s'en apercevoir en considérant les phénomènes du jodisme aigu, on expliquera peut-être les effets rapides du sirop jodo-mercuriel sur les plaques muqueuses de l'istme du gosier. Je crois aussi que l'on puisse admettre une action physiologique des deux remèdes un peu complexe, c'est-à-dire que le mercure associé au jode, serait probablement éliminé plus vite et surtout à travers les mêmes voies que le jode et on doit remarquer à ce propos, dans certains cas, la survenance de la salivation avec quelques symptômes de stomatite, seulement après avoir administré du jodure de potassium, à la fin d'un traitement hydrargyrique.

Du reste nous ne prétendons pas expliquer exactement l'action du mercure et du jode associés, soit qu'on veuille croire à une influence displastique ou atrophiante sur la plaque muqueuse, considérée comme une néoplasie, soit en comptant le jode parmi les modérateurs de la nutrition.

M. Ruggi, obligé de s'absenter charge M. Urbino de donner lecture de sa *Note sur un cas de laryngotomie, opéré à tête pendante.*

Messieurs,

Désirant avoir l'honneur d'intervenir à ce premier congrès international de laryngologie, j'ai cru utile résumer, le plus brièvement possible, la description d'une laryngotomie à tête renversée, que j'ai exécuté afin d'extirper de l'arbre aérien un gros polype, qui menaçait le malade de suffocation.

Je ne doute pas, que vous ne vouliez prêter votre bienveillante attention à ce cas, qui me paraît la mériter, non seulement pour son heureuse réussite, mais encore, et plus même, à cause de sa nouveauté.

En Italie, que je sache, ce procédé, dû à M. E. Rose de Zurich, n'a jamais été mis en pratique. M. Rose eut l'idée de tenir le malade avec la tête renversée, afin d'éviter, que le sang qui coule pendant l'opération, ne pénètre dans les voies respiratoires. Il a communiqué sa méthode le 10 avril 1874 à la troisième séance du troisième congrès des chirurgiens allemands, ayant spécialement pour objet la résection du maxillaire supérieur (1).

Dans sa relation M. Rose dit aussi avoir exécuté une amputation du nez, suivie de rhinoplastie, un bec-de-lièvre et plusieurs tonsillotomies; puis il s'exprime dans les termes suivants:

« Je devrais parler en dernier lieu de deux cas de laryngotomie avec le « cou pendant. Dans le premier on peut retenir, que la guérison du malade « soit due à ce système: tandis, que pour le second la pneumonie léthale, « qui s'en suivit, doit être attribuée à l'invincible obstacle à la respiration, qui « ne put être enlevé que pendant l'opération; laquelle, du reste (au contraire de « ce qu'il m'advint dans quatre autres cas, dans lesquels j'ai opéré avec succès « en suivant la méthode ordinaire) m'a donné un splendide résultat ».

En Italie, je le répète, je ne sais pas, que personne ait adopté cette position

(1) *Archiv für Klinische Chirurgie,* Band. 17, pag. 454.

de la tête pendante pour l'extraction des polypes laryngiens. Je rappelle cependant avec satisfaction, que M. le Docteur Vincent Lesi de Imola a donné cette position au malade pour arracher un polype de la cavité des narines. Pourtant je dois déclarer franchement, que dans les cas d'extirpation de grosses tumeurs du maxillaire supérieur et inférieur de la voûte du pharynx, des narines, je n'ai jamais eu besoin de la position proposée par M. Rose: — au contraire, en s'agissant de l'extirpation du susdit polype laryngien, j'ai compris tout de suite la valeur d'un si sage procédé.

Les polypes laryngiens ne sont pas fréquents à Bologne, je puis le déclarer sans crainte d'être démenti, mon pays n'ayant pas de spécialistes pour les maladies de la gorge. Ayant eu fréquemment occasion de m'occuper de ce genre de maladies, j'ai examiné beaucoup de malades du larynx, ce que je faisais aussi pour satisfaire au désir de la plus part de mes confrères.

Quand il s'agissait des petits polypes du vestibule et des parois laryngiennes j'ai employé la cautérisation au moyen de l'électro-cautère, avec beaucoup de succès.

Mais le plus souvent j'ai fait usage des pinces de M. Fauvel et Collin. Maintenant j'ai fait fabriquer par les frères Lollini, de Bologne, une paire de pinces, que j'ai l'honneur de soumettre à votre jugement éclairé. Ces pinces ont l'avantage d'être d'une application facile dans toutes les positions du larynx; et elles peuvent se serrer à détente sans déranger la main de l'opérateur, ou la fatiguer.

Revenant maintenant à notre sujet je dois vous dire que je n'ai rencontré jusqu'à ce jour dans l'exercice de ma profession, que deux polypes assez importants pour nécessiter la laryngotomie.

A ce propos la pièce pathologique, que j'ai l'honneur de vous présenter, appartient à un de ces deux sujets, que je n'eus l'occasion de visiter qu'après la mort, avenue par suffocation, le malade ayant refusé de subir l'opération. L'autre sujet à été opéré par moi, et c'est de ce cas, que je me propose de vous donner les détails.

M. Gaspari Ferdinand, âgé de 40 ans, né et résidant à Casalecchio di Reno, province de Bologne, a été reçu le 5 avril 1879 à l'Hôpital Maggiore dans la 1e section, que je dirige. Il croyait, que sa maladie avait commencé l'automne de 1876. A cette époque il était garçon d'hôtel, et par conséquent fréquemment exposé aux causes rhumatisantes. Le premier symptôme de la maladie a été un enrouement tout à fait semblable à l'altération de la voix, qu'on observe dans le coryza. Il n'y eut pas d'autres altérations fonctionnelles de l'appareil respiratoire.

Au printemps de 1879 la voix était revenue normale, sans qu'il aie employé aucun moyen thérapeutique. A l'automne de la même année, le même phénomène se reproduisit, peut-être, avec plus d'intensité, de telle façon que la voix lui manquait, s'il essayait de crier.

Aucun changement n'eut lieu dans l'état du malade jusqu'au 27 mars 1879; ce fut alors, qu'un de ses amis lui fit observer, que sa respiration était haletante et bruyante.

Rentré chez lui, il s'aperçut, que c'était vrai, et depuis lors cette gêne de la respiration fut continuelle, et plus accentuée pendant le travail, et la nuit dans la position horizontale.

Bien souvent il était réveillé en sursaut, comme s'il allait étouffer, et cette

sensation pénible s'augmentait, lorsqu'il lui arrivait de se coucher sur le côté gauche. Dans les dernières semaines il était aussi tourmenté par des quintes de toux sèche.

Lors de son entrée à l'Hôpital on n'observait pas d'amaigrissement. Le malade avait bon appétit; il avouait avoir toujours beaucoup fumé et bû de vin, jamais de liqueurs.

Pas d'antécédents spécifiques, ni de causes héréditaires. A l'examen objectif on ne voyait rien de remarquable à l'extérieur.

Les respirations étaient fréquentes, et bruyantes surtout pendant l'inspiration. Elles variaient en nombre de 25 à 30 par minute. C'était l'inspiration qui prenait plus de temps.

A l'examen laryngoscopique je constate, un peu au dessous de la corde vocale gauche, l'existence d'une tumeur, grosse comme un demi œuf de pigeon, framboisée, d'une couleur rouge vineuse, qui flotte très-légèrement pendant l'inspiration et l'expiration, et s'efface, lorsque les cordes vocales se rapprochent.

J'ai porté le diagnostic de sarcome intralaryngien, limité à la muqueuse, et j'ai proposé la laryngotomie, puisqu'il était impossible d'en faire l'extraction par la voie de la bouche.

Le 16 avril, après chloroformisation, je fis placer le malade la tête pendante du bord du lit, qui était devant la fenêtre (1).

Alors, en appuyant la tête du malade sur mes genoux, j'ai pratiqué une incision sur la ligne mediane du cou, de la longueur de 7 cent. à peu près, la quelle en partant de l'os hyoïde arrivait jusqu'aux premiers anneaux de la trachée.

J'ai coupé les tissus superficiels, couche par couche ayant très soin d'éviter l'hémorrhagie à l'aide des pinces de Péan. Je parvins ainsi jusqu'au larynx que j'ouvris en divisant les cartilages thyroïdiens, la membrane crico-thyroïdienne, et la partie antérieure de la cricoïde. Il me fallait une si large incision pour saisir la petite tumeur placée bien plus en bas.

On arrêta l'hémorrhagie de l'artère crico-thyroïdienne, qui dans notre sujet était très-développée, avec les pinces de Péan, qu'on laissa en place plusieurs heures. En écartant ensuite avec des crochets les bords des cartilages thyroïdiens et cricoïdiens, ce fut facile de s'emparer de la tumeur, que je pus trancher à sa base à l'aide de l'anse galvanique. Avec le cautère galvanique je détruisis la muqueuse là, où la tumeur était implantée, c'est à dire de 4 mill. au dessous de la corde vocale gauche, jusqu'à ½ plus en bas.

Le sang, qui s'écoulait de la blessure ne provoqua pas d'irritation au larynx, et il sortit facilement par la bouche ou par l'œsophage pénétra dans l'estomac.

Les injections, que j'ai fait avec une solution d'acide phénique (2 pour %) n'ont pas provoqué de quintes de toux.

J'avais laissé en place, comme je l'ai dit, les deux pinces de Péan, qui serraient les bouts de l'artère crico-tyroïdienne, toutes les autres pinces furent ôtées, en appliquant par prudence une ligature de catgut. Les bords cutanés-musculaires de la plaie furent réunis au moyen de quatre points de suture entrecoupée, avec un fil de soie phéniqué. La plaie a été recouverte de gaze

(1) Comme j'en ai l'habitude, j'ai opéré avec toutes les précautions antiseptiques excepté la nébulisation d'acide phénique.

et coton phéniqués, et aussi de mackintosh. On fixa tout l'appareil avec des bandes phéniqués.

Après l'opération je fis coucher le malade, la tête basse, et le traitement successif se réduisit au repos, à la diète, à l'application de glace sur la localité. Pendant tout le temps du traitement le malade fut toujours apirétique et la température axillaire a donné le maximum de 37 $^{2}/_{10}$ (le jour même de l'opération) et le minimum de 36 $^{8}/_{10}$. Les respirations furent en moyenne de 18 à la minute. Les pulsations 70. On renouvela presque tous les jours le pansement. Le 21 avril on enleva tous les points de suture.

Le seul malaise, qui inquieta le malade, fut un léger catarrhe laryngo-pharyngien, qui lui donna un peu de toux, pour laquelle on administra des morceaux de glace. Le 26 avril la plaie, qui était presque tout à fait réunie fut touchée avec le nitrate d'argent, et recouverte avec une petite boule de cire. Le malade sortit de l'Hôpital tout à fait guéri le 10 mai 1879, c'est à dire 24 jours après l'opération. La pièce pathologique a été envoyée au cabinet d'anatomie pathologique, dirigé par le Prof. Taruffi. A l'examen microscopique on constata, qu'il s'agissait en effet d'une tumeur sarcomateuse à cours rapide, puisqu'elle était molle. Cependant la guérison s'est maintenue complète jusqu'à ce jour.

M. Morra lit son mémoire sur le *Croup laryngien et son identité avec la diphthérite.*

Messieurs,

Ce n'est assurément pas la nouveauté du sujet qui m'a inspiré le désir de vous entretenir quelques instants, mais bien la controverse qui règne encore dans les différentes écoles, sur la manière de considérer cette laryngopathie qui m'a engagé d'en parler dans cette savante assemblée afin que je puisse moi aussi concourir, quoique faiblement, par mes nombreuses observations à éclaircir un peu la pathogénésie de cette fatale maladie, qui à cause de sa fréquence et de sa gravité, doit appeler l'attention des praticiens consciencieux, afin de conjurer le mal autant que possible et en alléger les tristes conséquences. Cette tâche incombe surtout aux laryngoscopistes qui, par les occasions qu'ils ont d'étudier de plus près les affections laryngiennes par l'exploration directe de l'organe, sont plus que tout autre en état de résoudre certaines questions laryngologiques, ce qu'on ne pourrait espérer autrement.

Parmi les affections morbides du corps humain, encore sujettes à des disputes et à des attaques très-violentes, il y a en premier lieu le *croup laryngien,* où l'anatomie pathologique, méconnaissant la souveraineté de la clinique, établissait des distinctions futiles, et élevait par conséquent une barrière insurmontable entre l'observation continuelle de la biologie morbide de l'organe, et l'observation nécroscopique froide et silencieuse.

On a beaucoup écrit à ce sujet, et on le fait encore, et moi-même aujourd'hui je ne fais qu'accroître par mon humble discours la grande masse des ouvrages publiés sur cette matière. On voudra bien me le pardonner, j'espère, car mon but n'a été que de faire un travail méritoire, concourant par mes faibles forces à confirmer une pensée vivement combattue, et qui est fréquemment une source d'erreurs diagnostiques au grand dommage des malades.

On sait aujourd'hui assez généralement que sous le nom de *Cynanche ma-*

ligna au XV et XVIII siècle étaient comprises plusieurs maladies de la gorge, et que Ghisi (1), Staar (2) et Home (3) furent les premiers à isoler les phénomènes laryngiens, déjà connus dans un comté écossais sous le nom populaire de *croup*, lequel signifie *enrouement* (4). Par cette dénomination on entendait en Angleterre jusque en 1858 une maladie inflammatoire aiguë du larynx, accompagnée de fausses membranes, et non contagieuse. Le caractère spécial et constitutif de la maladie était donc la présence de fausses membranes, qui fait du *croup* une *laryngite pseudo-membraneuse.*

La manière dont l'exudat fibrineux se dépose à la surface ou dans les interstices de la muqueuse, donna lieu à la distinction de l'exsudat en *croupal* et *diphthérique;* distinction purement anatomique et de nulle valeur clinique, mais qui suffit à établir un parfait dualisme entre le *croup* et la *diphthérite.* Cette idée anatomique, qui s'imposa à la clinique, a déjà décrit sa parabole, et depuis quelque temps a été ébranlée sur sa base, et menace de s'écrouler bientôt sans retour. En effet, les différentes épidémies de diphthérite qui ont sévi en France, en Italie et surtout à Naples, ont mis hors de doute l'identité pathogénique de ces deux processus morbides, entrevue déjà par Bard (5) de New York dès 1789 ; inutile de dire que Hippocrate (6), Aretée (7), Galien (8), Caelius Aurelianus (9), et ensuite Baillon, Carnevale, Huplaud etc., comprirent sous différentes dénominations les deux maladies ci-dessus désignées, et Cheyne, médecin anglais, en 1801 appela la diphthérie *cynanche trachealis* ou *croup* (10). Cette identité a été chaudement soutenue non seulement en France par Bretonneau, Trousseau, Guersant, praticiens très-habiles, et récemment par Isambert, laryngoscopiste; mais encore en Italie par Ghinozzi, Bastianelli, Bizzozero, Franco et Massei, laryngoscopiste aussi ce dernier; et en Angleterre par Hillier, Jackson, Semple, et aussi par Mackenzie (11), spécialiste éminent pour les maladies de la gorge, dans un de ses mémoires publiés il y a quelques années. La différence à leurs yeux ne consisterait donc que dans le siége, car dans le croup c'est la muqueuse laryngo-trachéale qui est attaquée, tandis que dans la diphthérite ce sont la muqueuse pharyngienne et celle de l'isthme du gosier; et M. Bretonneau ajouta dès 1826 que dix-neuf fois sur vingt le croup avait commencé par le pharynx; à cette opinion s'associa aussi M. Guersant, contrairement à ce qu'il avait soutenu auparavant. De cette façon-là le *croup descendant* des Allemands serait beaucoup plus fréquent que le *croup primitif* ou *idiopathique*, sans mentionner ces cas moins fréquents, où l'affection membraniforme, commençant par l'espace

(1) Martin Ghisi. *Lettres médicales.* Crémone, 1749.

(2) John Starr. *Philosophical Transactions,* 1752, vol. XLVI, pag. 435.

(3) Francis Home, M. D. *An Inquiry into the nature, cause and cure of croup.* Edinburgh, 1765.

(4) Morell Mackenzie. *La diphthérie, nature et thérapeutique; variétés et expressions locales.* Traduction italienne de l'anglais, par M. Ferdinand Massei et publiée par Detken. Naples, 1879, pag. 71.

(5) Samuel Bard. *Transactions of the American Philosophical Society.* Philadelphia, 1789.

(6) Hippocrate. *De Dentitione.*

(7) Aretée. *De causis et signis acutorum morborum.* Lib. I, c. 9.

(8) Galien. *De locis affectis.* Lib. I, c. I.

(9) Caelius Aurelianus. *De acutis morbis.* Lib. III, c. 2 e c. 4.

(10) John Cheyne, M. D. *Essays on the diseases of children, with cases and dissections.* Edinburgh, 1801.

(11) Morell Makenzie. Ouvrage cité, pag. 72.

sous-jacent au larynx (trachée et bronches) donne lieu à l'autre variété, que par analogie Steiner nomma *croup ascendant*, comme l'observèrent Jurine, Nonet, Salomon, Massei, etc.

La disposition anatomique de l'exsudat fibrineux, superficiel ou interstitiel, ou bien croupal, ou diphthérique, n'implique nulle différence sur la nature pathogénique de la maladie, car ces deux formes anatomiques différentes se succèdent l'une à l'autre, et souvent existent simultanément ou se transforment comm l'ont prouvé Bamberger, Niemeyer, Cantani, etc.; et comme le prouvent journellement les observations d'honnêtes et intelligents praticiens. Pour cette raison-là, il vaut donc mieux substituer, ainsi que l'ont déjà proposé Bastianelli, Franco, Massei, à la dénomination impropre de *croup*, celle plus rationelle de *laryngite diphthérique* ou de *diphthérite laryngienne,* en opposition à celle du gosier, dite par conséquent *diphthérite pharyngienne;* de cette manière on rappelle une condition anatomique et caractéristique du mal, c'est-à-dire la présence des pseudo-membranes, et c'est pour cela que Bretonneau l'appela *diphthérite,* de *diphthera,* membrane, pour indiquer ainsi la nature membraneuse de la maladie.

Enfin la coexistence de l'exsudat croupal et de l'exudat diphthérique, la coexistence du croup laryngien et de la diphthérite, la tuméfaction des ganglions dans le croup comme dans la diphthérite, et la tuméfaction des follicules de Peyer, constamment observée par Maier et Steiner, forment les principaux arguments anatomiques pour prouver l'identité qui existe entre le croup et la diphthérite. Outre ces caractères il en est d'autres de différente nature et non moins intéressants que les précédents, c'est-à dire ceux que fournit la clinique. En effet, la nature infectieuse du croup primitif, la reproduction de la diphthérite par suite de contagion de croup idiopathique, l'élévation de la fièvre qui bientôt se modère et disparait, et la survenance des paralysies, dites ainsi diphthériques, dans les cas de guérison du croup ou en ceux d'une marche prolongée, sont autant de jugements pour admettre sans contestation cette identité pathogénique, que je soutiens avec tous les autres médecins précédemment indiqués.

C'est un fait positif dans la science que le croup est contagieux, et peut reproduire la diphthérite; à ce propos il suffit de rappeler MM. Valleix et Blache, qui moururent de diphthérite pendant qu'ils soignaient des malades de croup. Il n'en est pas de même pour les fausses membranes, dont les effets sont encore contradictoires, car, tandis que d'un côté Valleix, Blache et d'autres moururent de diphthérite pour avoir reçu sur la figure un morceau de fausse membrane expulsé à l'occasion d'une quinte de toux, et Hüter et Tomasi obtinrent toujours la reproduction des processus diphthériques avec l'inoculation des fausses membranes dans la trachée et au-dessous de la peau dans une partie quelconque du corps des animaux; d'autre part M. Trousseau en 1828 ne réussit pas à s'inoculer la diphthérite au bras gauche, aux amygdales et au voile du palais, à l'aide de piqûres faites avec une lancette plongée dans une fausse membrane diphthérique, et M. Michel Peter (1), à Paris, en 1859, se frictionna l'arrière-gorge et le pharynx sans la moindre attaque contagieuse.

La nature spécifique de la contagion diphthérique n'est pas encore bien connue, et M. Steudener à Halle dit que les *observations de ces dernières années ont rendu également probable un concours d'organismes végétaux dans la diphthérite* (2).

(1) Michel Peter *Recherches sur la diphthérite et le croup.* Paris, 1859.

(2) F. Steudener. *Les organismes végétaux comme cause de maladies.* Traduction italienne de l'allemand par M. G. Petteruti. Naples, 1878, pag. 30.

En effet, les expériences de Buhl (1) et plus tard celles de Hüter (2), de Tomasi (3), d'Oertel (4), de Nassiloff (5), et celles moins précises de Letzerich (6), ont unanimement démontré la présence de petits organismes végétaux dans les membranes diphthériques, dans la muqueuse enflammée, dans les glandes voisines, dans les vaisseaux lymphatiques afférents, dans les vaisseaux sanguins des reins et dans d'autres organes internes. Hüter et Tomasi sont même allés jusque à décrire ces organismes comme des corpuscules très-petits, ronds ou légèrement ovales, lesquels offrent tous des mouvements très-vifs et un aspect parfait du *Monas crepusculum*, lesquels se trouveraient dans le sang, selon Oertel, dans la proportion sextuple des globules rouges; ce qui a fait dire à Nassiloff que le *fait principal dans le processus diphthérique est représenté par le développement de ces petits organismes.* Cependant Steiner, Franco et d'autres soutiennent que ces *parasites végétaux ne représentent pas l'élément essentiel de la maladie,* et récemment Karsten a fait observer que les *bactéries*, les *vibrions,* les *micrococcus,* etc., ne sont autre chose que des formes morbides de cellules semblables aux processus pathologiques des cellules purulentes et du détritus.

La diphthérite laryngienne ou croup, est une maladie éminemment infectieuse; et pour cela, l'infection générale de l'organisme est secondaire à la lésion locale, selon Bretonneau, Trousseau, Oertel, Lepidi-Chioti, Tomasi, etc.; tandis que selon d'autres, comme Max Jaffé, Ghinozzi, Niemeyer, Franco, Massei, Mackenzie (7), etc., elle serait, au contraire, primitive, et par conséquent précéderait le développement de la lésion locale. Quelle que soit donc l'opinion préférée, il faudra toujours admettre que l'organisme entier participe à l'infection, contrairement à l'autre opinion, tout-à-fait insoutenable, de Jodin et Letzerich, qui considèrent la diphthérite comme une *maladie purement locale.*

Quant à moi j'admets volontiers que l'*infection générale est secondaire à la lésion locale, et celle-ci est le foyer continuel de l'infection générale,* comme le prouvent la lenteur des altérations dissolutives du sang et la grande utilité du traitement local, qui, dans la majorité des cas, exception faite de ceux que Roger et Peter appellent *hypertoxiques*, suffit par lui-même à en obtenir la guérison. En effet, il suffira de vous mentionner, entre autres, le cas que j'ai observé au mois de juin dernier, chez une jeune fille âgée de treize ans, qui, le troisième jour, présentait une grande plaque diphthérique de la grandeur d'un franc sur l'amygdale gauche, avec une fièvre à 38 degrés et demi centigrades.

L'absence de faits généraux importants me fit borner le traitement à la seule localité, ce que je fis à l'aide de gargarismes d'acide lactique en solution aqueuse d'un pour cent, et de badigeonnages de glycérine chloraliée d'un pour dix, répétés à peu d'intervalle. À l'intérieur je prescrivis des consommés, du rôti, un peu de Marsale trempé d'eau, et du lait le soir. Le quatrième jour la

(1) Buhl. *Einiges über Diphtherie. Zeitschrift für Biologie,* III, 341.

(2) Hüter. *Pilzsporen in den Geweben und im Blute bei Gangraena diphtherica. Centralblatt,* VI, 1868, pag. 177.

(3) Hüter und Tomasi. *Ueber Diphtheritis.* — *Centralblatt,* VI, 1868, pag. 531.

(4) Oertel. *Studien über Diphtheritis. Bayersch. ärztl. Intellig.-Blatt,* 1868, num. 31.

(5) Nassiloff. *Ueber die Diphtheritis.* Virchow's Arch., L. 550.

(6) Letzerich. *Zur kenntnis der Diphtheritis.* Virchow's Arch., XLV, 327, XLVI, 229, XLVII, 516.

(7) Morell Mackenzie. Ouvrage cité, pag. 52.

fièvre avait cessé, mais la plaque diphthérique s'était un peu étendue sur le pilier postérieur du même côté, et l'on observait aussi une petite plaque blanche sur l'amygdale droite. Après dixsept jours, la jeune fille était complètement guérie, et je prescrivis alors des gargarismes alumineux avec proportion d'un de sulfate d'alumine sur cent d'eau, pour corriger l'état catarrhal de la muqueuse qui en était résulté. Après cela on n'eut rien d'autre à remarquer.

L'utilité incontestable du traitement antiseptique local, fait principalement avec ces produits chimiques qui ont une action parasiticide très-prononcée, donne beaucoup de vraisemblance à la nature parasitaire de la maladie, et à la pénétration consécutive dans le sang, à l'aide des vaisseaux lymphatiques, de spores de microphytes spéciaux, comme l'admet Oertel, ce qui expliquerait en partie non seulement la propagation de la contagion et son épuisement, mais encore la période variable d'incubation, selon le degré de virulence que Peter et Roger, avec des observations bien dirigées, ont vu osciller de deux à huit jours, et seulement en ligne d'exception de douze à quinze; comme c'est précisément le cas pour l'incubation des fièvres éruptives. M. Maclagan n'a donc pas tout-à-fait tort lorsque il affirme que la *théorie parasitaire explique tous les phénomènes des fièvres spécifiques* (1).

À l'infection générale secondaire on oppose surtout les cas de *diphtheria sine diphthera,* et ceux où les conditions générales, quelquefois très-graves, précèdent l'attaque locale.

Cette objection, je l'avoue, ne me semble guère sérieuse, car dans la période d'incubation du virus, la germination de ces microphytes spéciaux, peut bien rester cachée parce qu'on n'en observe pas encore les effets sur la muqueuse, représentés par l'exsudation pseudo-membraneuse sous forme de plaques, ni même le catarrhe initial, précurseur de l'exsudation. Il en serait donc comme dans la syphilis, où un certain temps s'écoule depuis l'inoculation syphilitique locale jusqu'à la manifestation de l'ulcère dur, ou syphilome primitif de Tanturri, et dans cet intervalle la contagion se développe silencieusement, quoique les lésions caractéristiques locales n'aient pas encore paru. Dans cette controverse l'état de la rate ne peut rien décider, car elle n'offre point d'altérations constantes. M. Wagner dit que « la rate est presque toujours à l'état normal; elle présente rarement une tuméfaction aiguë; » et M. Nesti a trouvé dans quinze autopsies « que la rate s'était le plus souvent rapetissée, presque toujours avec son parenchyme plus consistant et plus sombre qu'à l'ordinaire. » Même Franco, Massei et De Cunzo n'ont pu constater par la clinique une augmentation remarquable de la rate. Par contre les ganglions du cou sont ceux qui éprouvent l'action directe de la contagion, et se tuméfient plus ou moins rapidement par leur proximité au foyer primitif d'infection.

L'infection générale a toujours appelé l'attention des praticiens, et Trousseau pour désigner la supériorité des faits généraux sur ceux de la localité, particulièrement dans la période avancée du mal, et dans la forme nommée *hypertoxique* par Roger et Peter, substitua à la dénomination trop exclusive de diphthérite, celle de *diphthérie* (2), pour faire remarquer que la maladie devait être considérée plutôt comme une *affection générale d'origine locale,* que comme une simple phlogose diphthérique de la muqueuse respiratoire.

(1) Maclagan. *The Germ. Theory, etc.* London, 1876.
(2) Morell Mackenzie. Ouvrage cité, pag. 2.

La réaction organique, produite par le stimulus abnormal pénétré dans le sang, n'est pas toujours identique à elle-même; au contraire dans celle-ci plus que dans tout autre affection diathèsique, elle présente des oscillations très-différentes par la *résistance organique, le degré de virulence et la forme épidémique,* dite autrement *génie épidémique.* En effet, la fièvre n'atteint pas ordinairement la même hauteur thermométrique, et quoique en général, elle commence par une température de 40 degrés centigrades environ, on observe fréquemment que la température initiale ne surpasse pas 39 degrés de l'échelle Celsius, sans pouvoir déduire de cette différence thermique aucun jugement prognostique exact; au contraire, il arrive souvent, comme je l'ai observé plusieurs fois, que des diphthérites terminées par la mort avaient commencé par une fièvre très-faible, et vice-versa; car il peut y avoir une fièvre modérée par faiblesse ou par véhémence d'infection, comme dans les cas de toxicoémie foudroyante. Cependant la colonne thermométrique descend rapidement, et en général, après deux où trois jours, sauf quelques exceptions, la fièvre cesse complètement, comme il arrive dans la variole, et ne reparaît, qu'à l'occasion d'une phlogose pneumonique qui survient, ou de tout autre processus phlogistique.

Enfin il y a une *laryngite membraniforme,* qui est produite par l'action irritante de certains agents chimiques, comme les vapeurs de chlore, les caustiques, les acides minéraux, le tartre stibié, etc.; ou par la crase toxique de certains exanthèmes, parmi lesquels il y a principalement la scarlatine, et que Jaccoud appelle croup *accidentel* en opposition au croup idiopathique, épidémique, contagieux, qu'il appelle *croup constitutionnel.* La différence en est fort remarquable, car dans le croup accidentel l'exsudation membraniforme n'est pas l'effet d'une infection *sui generis,* et par conséquent la maladie n'est pas contagieuse, qu'elle soit produite par des stimulus chimiques particuliers ou par l'influence d'une crase infectieuse évidente. Dans ce cas, l'agent provocateur de l'exsudation, si l'on peut l'appeler ainsi, est déjà connu d'avance, et la pseudo-membrane qui en résulte, peut, à plus forte raison, être considérée plutôt comme un dépôt d'*albumine coagulée,* que comme une *exsudation fibrineuse spécifique.* Car beaucoup de substances chimiques, et les acides surtout, ont la propriété de coaguler l'albumine, comme nous l'observons journellement avec l'acide phénique, lorsque nous le mettons en contact avec une muqueuse ou tout autre tissu dénudé. Par contre, les manifestations diphthériques secondaires à la scarlatine, à la rougeole, etc., doivent être considérées plutôt comme un *diphthérisme local,* que comme une véritable diphthérie, sauf le cas d'une complication possible, car nous savons combien le développement d'un processus nécrotique ou nécrobiotique soit facile dans le cours d'une maladie infectieuse.

Afin de faire disparaître la confusion qui existe entre ces deux affections, semblables en apparence mais de nature très-différente, je proposerai d'appeler simplement *laryngite pseudo-membraneuse* la phlogose exsudative de la muqueuse laryngienne, secondaire à des irritations chimiques ou à des crases infectieuses, pour indiquer ainsi parfaitement le caractère spécial de l'exsudation phlogistique; tandis que j'appelerai *laryngite diphthérique* ou *diphthérie laryngienne,* croup de plusieurs auteurs, la phlogose spécifique de la muqueuse laryngienne, accompagnée d'exsudations pseudo-membraneuses.

Cette lésion anatomique se révèle ordinairement sous la forme clinique de la *laryngo-sténose aiguë* par laquelle l'enfant malade s'agite vainement dans les angoisses déchirantes d'une mort imminente. La sténose laryngienne représente

donc un fait clinique du plus grand relief dans la laryngite pseudo-membraneuse et diphthérique, et c'est pour cela qu'elle réclame instamment l'attention des praticiens sur la génèse et sur la thérapeutique de ce symptôme.

La petitesse interne du larynx et de la lumière trachéale dans les enfants donne une explication suffisante de la précocité des symptômes sténotiques dans la diphthérie laryngienne et dans la trachéo-bronchite diphthérique qui se complique; comme aussi elle rend raison de la brièveté du cours, et de l'absence facile des plaques diphthériques sur le pharynx et sur les amygdales, siége préféré par la diphthérite.

La laryngite diphthérique primitive, croup primitif des auteurs, est très-fréquente chez les enfants de deux à sept ans, et à tel point que M. Jaccoud en a formé un caractère différentiel entre le croup et la laryngite striduleuse ou pseudo-croup, quoique Massei l'ait aussi observée une seule fois chez une enfant de quarante jours; cela pourtant n'empêche pas qu'on puisse l'observer encore chez les adultes, bien que chez ces derniers on l'observe plus fréquemment comme secondaire à la diphthérite du gosier.

L'âge au-dessous de deux ans, l'origine très-aiguë et nocturne, la voix aboyante, l'aphonie intense et la rémission intercurrante des symptômes laryngiens, ne sont pas toujours des arguments suffisants pour différencier la laryngite striduleuse de la laryngite diphthérique, et c'est pour cela qu'il ne faut pas trop se hâter dans ce diagnostic différentiel, afin de ne pas se voir démenti par la marche ultérieure de la maladie, ou bien de se trouver dans la nécessité impérieuse d'invoquer une complication qui n'existe guère, dans le but de sauver l'amour propre compromis; seulement l'exploration laryngoscopique ou l'expulsion de pseudo-membranes permet un diagnostic prompt et sûr de laryngite diphthérique.

La laryngo-sténose même peut manquer exceptionnellement, comme l'a observé Massei, dans les cas de croup où « la phlogose et l'exsudat sont très-faibles, ou bien la maladie reste avortée (1) ». De là résulte la nécessité de l'exploration laryngoscopique, de préférence chez les enfants, dans toutes les affections aiguës du larynx un peu douteuses, même d'apparence catarrhale; car lorsque cette maladie mortelle pourrait être mieux soignée, c'est alors qu'elle reste méconnue et l'on perd ainsi un temps fort précieux qui serait, peut-être, salutaire pour le malade.

L'exploration laryngoscopique chez les enfants est en général bien problématique, mais il y a des cas spéciaux où elle a été exactement pratiquée. Le manque momentané d'un miroir frontal, ou d'un autre réflecteur quelconque n'empêche point d'essayer l'exploration laryngienne, car celle-ci peut aussi se pratiquer avec la méthode de M. Voltolini, suivie par Massei, c'est-à-dire avec une chandelle stéarique fixée au manche d'une cuillère d'argent, dont la concavité fonctionne comme réflecteur. Mais si l'on ne peut espérer de l'enfant malade l'émission d'un son aigu pour découvrir la cavité interne du larynx avec le soulèvement de l'épiglotte, il est pourtant très-facile d'obtenir, après avoir fixé le miroir laryngien contre la luette, des mouvements réflexes qui amènent le vomissement, pendant lesquels le larynx se soulève et reste ainsi découvert.

(1) Ferdinand Massei. *Considérations à l'occasion de la guérison d'un cas de croup laryngien.* Plaisance, 1880, pag. 7.

Le nombre des explorations laryngoscopiques pratiquées jusqu'ici est encore assez restreint, à cause de l'âge que préfère la laryngite diphthérique; mais quant à celles déjà faites dans des cas analogues par Müneh, Ziemmssen, Jaksch, Türck, Semeleder, Lewin, Tobold, Steiner, Massei, etc., on observe unanimement l'injection vive de la muqueuse laryngienne et la déposition de l'exsudat membraniforme sur les ligaments aryténo-épiglottiques et sur les véritables cordes vocales, ainsi que le rétrécissement de la fente glottique par l'exsudat qui s'est déposé, et par la tuméfaction et l'immobilité des cordes vocales, auxquelles l'exsudat adhère solidement. Ainsi donc les principales conditions anatomiques déduites par l'observation laryngoscopique pendant la maladie en question sont deux, savoir, la présence de l'*exsudat membraniforme* et la *tuméfaction* et l'*immobilité des cordes.*

Ces deux conditions anatomiques ont donné lieu à des interprétations très-différentes dans l'explication pathogénique de la dyspnée; car Schlautmann et Niemeyer la font dériver de la fameuse paralysie des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs, causée par l'oedème collatéral; Rudnichy du trouble de coordination des mouvements respiratoires par l'irritation du nerf laryngé inférieur et du récurrent; Bretonneau et Gerhardt, d'une sécrétion catarrhale, dense et visqueuse des bronches, et d'autres enfin du spasme glottique. Toutes ces théories sont excellentes, comme l'observe avec justesse M. Steiner, mais elles ont le grand tort d'être trop exclusives. Cependant la théorie récemment exposée par mon ami le Prof. Massei de Naples, me semble la plus complète et la plus exacte, parce qu'elle s'accorde mieux avec l'observation laryngoscopique et avec la clinique. En effet, il distingue ingénieusement les phénomènes de laryngo-sténose en phénomènes constants et intermittents. Il explique les premiers par l'*ankylose des articulations crico-aryténoïdiennes* à la suite de l'imbibition séreuse collatérale; il fait dépendre les seconds du *spasme des muscles crico-aryténoïdiens latéraux et ary-aryténoïdien adducteurs des cordes vocales.* L'ankylose des articulations crico-aryténoïdiennes explique bien l'aphonie à cause du rapprochement des ligaments vocaux, lequel est entravé, et donne raison de la dyspnée par l'éloignement difficile des cordes vocales de la ligne médiane. L'observation laryngoscopique confirme cette interprétation anatomique, car dans la laryngite diphthérique il y a constamment une tuméfaction considérable de la muqueuse aryténoïdienne, qui, de son côté, par l'imbibition des tissus péri-articulaires, peut déterminer l'ankylose de ces articulations, comme il en arrive de même en d'autres articulations du corps humain. La clinique aussi confirme journellement cette assertion, car bien souvent on observe la persistance de la dyspnée après l'expulsion des pseudo-membranes, ce qui prouve indirectement que l'ankylose est véritablement la cause permanente de la dyspnée, et que, pour plus de précision, je préfère appeler pseudo-ankylose, puisqu'elle est produite non pas par la soudure des facettes articulaires, mais bien par la tuméfaction et par l'inaction consécutive des tissus péri-articulaires, ce qui la rend passagère à la différence de la véritable ankylose, qui produit l'immobilité parfaite, même après la guérison désirée. Enfin le spasme des muscles adducteurs des cordes vocales (crico-aryténoïdiens latéraux et aryténoïdien) explique la soudaineté et la brièveté de l'accès, qui, quelquefois, paraît tout-à-coup et si menaçant, qu'il compromet en quelques instants la vie de l'enfant. Les causes qui produisent le spasme peuvent être différentes; parmi elles priment le mucus dense et glaireux, les extrémités pendentes des pseudo-membranes, les émotions morales, et bien

d'autres causes inappréciables qui, quelquefois, échappent à l'œil investigateur du praticien, mais qui ne trouvent leurs raisons suffisantes que dans la susceptibilité individuelle du malade. M. Massei a donc eu le talent de faire disparaître cet exclusivisme, justement condamné par Steiner, et qui n'arrivait pas à expliquer tous les faits observés par l'exploration laryngoscopique et par la clinique. Quant à moi, je suis d'avis que la théorie de Massei sera, en peu de temps, acceptée généralement par tous ceux qui aiment le véritable progrès des sciences médicales (1).

Après avoir examiné ainsi rapidement les conditions anatomiques constitutives de la laryngo-sténose, nous avons vu dépendre celle-ci de la pseudo-ankylose des articulations crico-aryténoïdiennes, par suite de la tuméfaction et de l'imbibition séreuse des tissus péri-articulaires. La phlogose et l'œdématie collatérale constituent donc le facteur principal des symptômes sténotiques, et c'est précisément contre les deux premières qu'il faut diriger tout traitement dans la thérapeutique de la laryngite diphthérique, ayant soin d'éloigner, autant que possible, toutes les autres causes précédemment indiquées, qui sont capables de provoquer le spasme des adducteurs, parmi lesquelles méritent une considération particulière les pseudo-membranes, qui, si d'un côté elles déterminent l'accès intercurrant, d'autre part elles accroissent les conditions permanentes de la sténose laryngienne.

La nature spécifique de la phlogose laryngienne n'exige guère l'application du fameux nitrate d'argent, ni d'autres caustiques chimiques pour obtenir sur place la *prétendue destruction de la contagion,* comme on l'a déjà fait pendant ces dernières années dans la pharyngite diphthérique, rappelant ainsi une méthode proposée par Aretée et recommandée par Bretonneau, Guersant, Bouchut et Trousseau. Le danger qu'entraînent les caustiques dans les phlogoses diphthériques est extrêmement grave, car non seulement ils favorisent la reproduction et l'engorgement des ganglions sous-maxillaires et péri-laryngiens, mais encore la diffusion de la phlogose diphthérique au larynx, et accélèrent la terminaison fatale de la maladie, comme j'ai eu l'occasion de l'observer plusieurs fois dans les cas de pharyngite diphthérique, qui avaient été soignés ainsi par d'autres médecins, et à ce propos je puis ajouter que j'ai remarqué dernièrement dans une famille, chez laquelle je traitais trois enfants affectés de la maladie en question avec diffusion nasale, qu'une cautérisation involontaire au gosier avec l'acide phénique liquide, pratiquée par l'erreur du pharmacien chez le plus jeune des enfants, à peine âgé de trois ans et demi, fut le point de départ d'une tuméfaction énorme des amygdales et du voile du palais, qui bientôt atteignit le larynx avec toute la forme clinique aiguë du croup descendant des allemands, et à la suite duquel l'enfant mourut trente-six heures après, au moment où l'on commençait déjà à espérer la guérison, que l'on eut le bonheur d'obtenir pour les deux autres frères.

La cautérisation a donc été, avec raison, condamnée en Allemagne dans le traitement de la diphthérite par Waldenburg, Werthcimber, Vogel, Küchenmeister, Biermer, Kempter, Baumler, Rothe (2), etc., qui proposèrent d'y substi-

(1) Ferdinand Massei. *Considérations à l'occasion de la guérison d'un cas de croup laryngien.* Plaisance, 1880, pag. 6.

(2) Ferdinand Massei. *Sur le traitement de la diphthérite.* Lettre à M. le Professeur Jules Lepidi-Chioti, dans le journal *Il Morgagni,* 1874, pag. 506 à 512.

tuer l'alcohol, l'acide phénique, l'eau de chaux, etc.; et à Naples Massei, Franco, Do Cunzo, ont énergiquement combattu la cautérisation dans la diphthérite, comme moi-même je l'ai fait dès 1874 dans un de mes travaux cliniques après avoir été éclairé par les cas de diphthérite observés pendant l'épidémie de 1871 à 1872.

L'idée pathogénique du mal nous fournit, par contre, une double indication rationelle, c'est-à-dire l'*indication dissolvante et antiseptique.*

En effet, dissoudre les pseudo-membranes et en favoriser le détachement c'est tout ce qu'on peut désirer de mieux dans le traitement de la diphthérite en général, et de la diphthérite laryngienne en particulier; car, en agissant ainsi, on écarte non seulement une cause permanente de la laryngo-sténose et du spasme intercurrant; mais encore on agit avec plus d'énergie sur la localité attaquée pour détruire cette source continuelle de la contagion générale. L'eau de chaux, le brome, les carbonates alcalins, l'acide lactique, sont avec raison réputés d'excellents dissolvants; mais pour la laryngite diphthérique j'emploie de préférence les inhalations d'acide lactique, sur l'utilité duquel mes observations (1) et celles de Torsellini (2) et de Massei (3) s'accordent parfaitement. De sorte que l'eau de chaux indiquée par Küchenmeister et l'acide lactique indiqué par Adrian et Brichcteau (4) sont les deux dissolvants les plus généralement employés aujourd'hui, et qui se disputent la palme dans le traitement de la diphthérite laryngienne. Il ne suffit donc pas de mettre en contact avec des pseudo-membranes un remède qui attaque leur composition chimique, mais il faut en favoriser le détachement, ce que l'on obtient aisément par les inhalations de vapeur aqueuse, recommandées par Prosser James, Oertel, Mackenzie et d'autres, soit avec la saturation de l'atmosphère limitée par des rideaux, soit en employant la tente pour croup de Mackenzie (5).

Pour désinfecter efficacement la surface muqueuse attaquée, qu'elle soit ou non dénudée des pseudo-membranes, il faut la mettre en contact avec des substances déjà connues par leur vertu antiseptique et parasiticide, afin de détruire la virulence de cette contagion, dont la nature organique n'est pas encore bien constatée. Beaucoup de remèdes ont déjà été employés à cet effet, et les principaux sont l'alcohol, l'acide phénique et le chlorure de fer; mais tout récemment Accetella (6) a proposé et expérimenté avec succès le *chloral,* Wagner (7) l'*acide salicylique,* Jodin (8) le *soufre,* Lewin (9) l'*acide thymique,* Massei (10) le *bi-*

(1) Vincent Morra. *Casuistique de clinique médicale privée et des hôpitaux.* Naples, 1874, pag. 1 à 14.

(2) Lo Sperimentale. *Journal critique de médecine et chirurgie.* Florence, 1876 pag. 410.

(3) Ferdinand Massei. *Considérations à l'occasion de la guérison d'un cas de croup laryngien.* Plaisance, 1880, pag. 11.

(4) S. Jaccoud. *Traité de pathologie interne.* Paris, 1870, t. I, pag. 760.

(5) Morell Mackenzie. Ouvrage cité, pag. 67.

(6) *Campania Medica,* n. 12, 1873.

(7) Ferdinand Massei. *Sur le traitement de l'angine diphthérique. Esquisses cliniques.* Naples, 1875, quatrième édition, pag. 35.

(8) Morell Mackenzie. Ouvrage cité, pag. 64.

(9) Dominique Franco. *Nuovo Giornale internazionale delle Scienze mediche,* livraison de juin, pag. 235.

(10) Ferdinand Massei. *Sur le traitement de l'angine diphthérique. Esquisses cliniques* Édition citée, pag. 35.

chlorure de mercure, Ludwig (1) la *neurine,* Edel (2) l'*huile de térébenthine,* Sachse (3) le *chlorate de potasse,* Cornilleau (4) l'*acide oxalique,* et Letzerich (5) le *benzoate de soude;* et tandis qu'à l'intérieur Roger emploie le *phénate de soude* et Massei le *phénate de quinine* (6), aujourd'hui Seelingmuller déclare que le *chlorate de potasse* est le spécifique de la diphthérite (7), Letzerich reconnait dans le benzoate de soude un *puissant remède antiseptique,* qui *détache en quelques heures* les membranes diphthéritiques (8), et Taube recommande dans le traitement de la diphthérite et du croup les inhalations d'huile essentielle de térébenthine, déjà proposées par Edel, et les injections d'acide phénique dans les amygdales deux à trois fois par jour (9).

Le siége laryngien de la diphthérie ne permet pas, comme celui du gosier, un traitement local très-actif, ce qui augmente beaucoup les difficultés de la guérison; car dans la pharyngite diphthérique les gargarismes et les badigeonnages maintiennent continuellement la partie affectée en contact avec un médicament qui peut, plus ou moins, modifier la nature du processus morbide; et afin d'y réussir, j'emploie avec succès les badigeonnages de glycerine chloraliée que j'ai trouvé supérieure à l'alcool, à l'acide phénique et au chlorate de potasse, conformément aux observations de Massei, De Cunzo et Di Lorenzo, et pour les adultes j'ajoute les gargarismes d'acide lactique simple ou phéniqué, et dans les cas évidemment moins graves, je n'emploie que les gargarismes de chlorate de potasse. La muqueuse laryngienne, au contraire, ne saurait être soignée qu'avec des liquides pulvérisés par l'appareil Siègle de préférence, car la vapeur acqueuse favorise puissamment, comme je l'ai déjà dit, le détachement des fausses membranes diphthéritiques.

Les remèdes à inhaler ne doivent pas causer la moindre irritation sur la muqueuse laryngienne, pour ne pas provoquer ou accroître ces accidents sténotiques que l'on veut précisément conjurer, et c'est pour cette raison que Wertheimber insiste beaucoup sur l'importance de la phlogose locale, surtout au début.

La nécessité de limiter le processus phlogistique dans la première période de la laryngite diphthérique, parait donc bien claire et évidente, et il atteint son maximum d'efficacité dans l'application locale de la glace, soit à l'extérieur sous la forme de cataplasmes, tenus à demeure autour du cou, soit à l'intérieur

(1) Dominique Franco. *Nuovo Giornale internazionale delle scienze mediche.* Naples, 1878, liv. de janvier, pag. 80.

(2) *The Medical Record,* et *Lyon Médical,* mai 1878. Voyez *Lo Sperimentale,* livraison de juillet, pag. 95.

(3) *Lo Sperimentale.* Journal critique de médecine et de chirurgie. Florence, 1878, second semestre, pag. 75.

(4) *Revue de thérapeutique.* Voyez *Lo Sperimentale*, Journal critique etc., 1879, second semestre, pag. 637.

(5) *Berl. Klin. Wochen.* Voyez *Lo Sperimentale,* Journal critique etc., 1879, second semestre, pag. 637.

(6) Ferdinand Massei. *Sur le traitement de l'angine diphthérique. Esquisses cliniques.* Édition citée, pag. 21.

(7) *Lo Sperimentale.* Journal critique, etc., 1878, premier semestre, pag. 7.

(8) *Lo Sperimentale,* Journal critique, etc., 1879, second sem., pag. 637.

(9) *Deutsche Zeitschrift für praktische Medicin*, 1878, n. 36. Voyez *Il Morgagni,* 1878, pag. 787.

en en avalant bien souvent de petits morceaux. A cette application continuelle de la glace *intus* et *extra* déjà très-renommée en Angleterre et en Allemagne, j'ai l'habitude d'ajouter l'emploi de solutions froides médicamenteuses, pulvérisées par l'appareil Richardson, afin de désinfecter la partie malade; et de préférence j'ai recours à une solution de borate ou de carbonate neutre de soude, rendue plus active à l'aide de quelques gouttes d'acide phénique liquide qui, outre son pouvoir antiseptique bien reconnu, possède encore une action anesthésique très-puissante sur la muqueuse respiratoire, comme je l'ai démontré le premier, l'année passée, dans un de mes travaux sur la phthisie pulmonaire (1).

Lorsque, à cette *première période* ou *irritative* de la phlogose laryngienne, succède la *période exsudative,* soupçonnée ou constatée par le laryngoscope, il faut recourir sans délai aux *inhalations d'acide lactique phéniqué,* répétées toutes les heures, parce qu'ainsi on atteint le triple but de *désinfecter,* de *dissoudre* et de *détacher* les pseudo-membranes. Il ne reste encore qu'à expérimenter, comme j'ai déjà commencé à le faire, le benzoate de soude, proposé par Letzerich en 1879, de l'activité duquel il parait que l'on ne puisse point douter. Le traitement interne, comme celui de la localité, ne doit pas être négligé un seul instant à cause de la rapidité de la marche de la laryngite diphthérique, et dès le commencement il faut insister sur les consommés, sur l'alcool, le phénate de quinine, ou sur le benzoate de soude, selon l'avis de Letzerich ci-dessus mentionné.

Les émétiques sont en général indiqués dans la seconde période de cette phlogose spécifique du larynx, c'est-à-dire quand l'exsudation fibrineuse s'est déposée sur la surface libre de la muqueuse, mais ils restent presque toujours inertes par faute d'activité des rameaux pulmonaires du nerf pneumogastrique, de sorte que l'on essaye bien souvent tour à tour, sans effet, l'ipécacuanha, le tartre stibié, le sulfate de cuivre, et peut-être même l'apomorphine, sans qu'ils amènent le vomissement, ou il cède bientôt si même il avait déjà paru; mais le meilleur et le plus sûr des émétiques sera toujours la titillation de la luette, qui, provoquant des mouvements réflexes, fait atteindre, sans nuire, le but proposé. Enfin les émétiques ont été accusés de déprimer les forces du cœur, mais la véritable objection sérieuse que l'on puisse leur faire, est celle de provoquer facilement des accés dyspnoïques par le déplacement des pseudo-membranes à travers la glotte; par conséquent M. Massei dit avec raison que le meilleur des émétiques est la vapeur aqueuse, parce que les fausses membranes ne pourraient être expulsées par le vomissement, si elles n'étaient d'abord amincies et détachées, ce que l'on obtient aisément par la vapeur aqueuse, et non pas à l'aide d'émétiques. Ceux-ci, par contre, reçoivent l'indication la plus solennelle dans les cas de pneumonie lobaire ou lobulaire qui la compliquent, que des signes stéthoscopiques et plessimétriques peuvent avec peine différencier de la simple hypostase; c'est pour cette raison que Peter et Steiner (2) qui sont tombés dans cette erreur avancent que l'obtusité pulmonaire n'acquiert de la valeur, que lorsqu'elle persiste après la trachéotomie.

(1) Vincent Morra. *Dualité pathogènique de la phthisie, sa valeur clinique et thérapeutique.* Leçon d'ouverture au cours de pathologie interne et de laryngologie, prononcée le 30 novembre 1879.

(2) Ferdinand Massei. *Deux leçons sur les laryngites pseudo-membraneuses rédigées par Pierre Masucci.* Naples, 1877, pag. 19.

Mais si l'affection laryngienne ne se résout pas par les remèdes ci-dessus mentionnés, et menace de passer à la *troisième période* ou *paralytique*, alors, avant que l'*état asphyxique*, ne se révèle il faut, sans négliger les inhalations de gaz oxygène, recourir à la trachéotomie afin que par l'amélioration des conditions respiratoires, on aie plus de temps pour combattre la maladie par les antiseptiques et les excitants, et parmi ces derniers, il faut sans doute préférer l'alcohol, l'assa fœtida, la caféine, le castoréum et le musc. L'infection générale n'est pas une raison suffisante pour contre-indiquer la trachéotomie, car si d'un côté on est obligé de tout essayer avant d'abandonner le malade à une mort déchirante, ayant plusieurs fois eu le bonheur de sauver des malades de diphthérite, qui paraissaient incxorablement perdus; d'autre part, en négligeant dans ces conditions la trachéotomie, on ajoute à l'infection diphthérique l'infection carbonique, non moins fatale que la précédente. De sorte que ouvrir de bonne heure un libre passage à l'air atmosphérique, ce n'est donc pas seulement une action humanitaire, c'est encore conforme à tout principe de logique médicale le plus rigoureux.

En résumé je crois avoir démontré: 1° l'identité pathogénique du croup et de la diphthérite; 2° que l'ankylose des articulations crico-aryténoïdiennes est la cause principale de la laryngo-sténose; 3° que le traitement doit être principalement local, et que tous les remèdes indiqués par les anciens ne doivent rester que comme un simple souvenir.

Enfin, si par ces brèves considérations j'ai atteint le but d'ajouter une autre pierre au grand édifice de l'identité pathogénique du croup et de la diphthérite, c'est à vous de le juger; quant à moi, je reste satisfait de l'honneur de vous avoir exposé mes idées, résultat d'une longue et pénible expérience, ce qui compense largement le peu de mérite de mon travail.

M. Elsberg prend place au bureau de Présidence, tandis que M. Labus donne un résumé de ses études sur l'*hypermégalie et la paralysie de la luette et leur influence sur la voix.*

Les médecins qui ont eu l'occasion de visiter quelques artistes de chant, ne peuvent à moins d'avouer qu'on leur ait quelquefois demandé un remède pour des altérations de voix auxquelles il leur était impossible de découvrir une cause évidente.

L'artiste raconte, par exemple, que sa voix n'a plus le volume normal, qu'elle s'est faite, vide, sans sonorité; ou bien il se plaint d'avoir perdu la sûreté dans l'attaque des sons et d'être obligé de se préparer par de spéciales contractions de la gorge pour les obtenir parfaits, de manière que l'attention, aux dépens du sentiment et de l'expression, est dirigée à l'émission de la voix; ou même il est forcé de faire des grimaces et d'éviter de chanter sur certaines voyelles comme l'*a* et leur en substituer d'autres comme l'*i*, ce qui, amenant une différence de timbre, modifie l'effet musical et rend inintelligible la prononciation. D'autres fois le chanteur accuse un tremblement de la voix qui ôte souvent aux phrases l'expression voulue ou, pis encore, la voix a un grasseyement ou un frémissement guttural qui la rend tout à fait désagréable à l'oreille ou même elle prend un timbre nasal. Il arrive aussi que la voix perd son égalité dans les régistres, et pendant que les notes basses et les hautes sont encore

bonnes, celles du centre n'ont aucune sonorité, ou bien les notes hautes sortent avec difficulté ou manquent complètement. D'autres fois, pendant l'émission même d'une seule note la voix s'affaiblit tout à coup ou change de timbre pour reprendre bientôt sa première qualité acoustique. Enfin l'artiste peut chanter assez bien, mais il se fatigue de suite; il éprouve une sensation de serrement à la gorge qui lui empêche de continuer et lui laisse une douleur dont il n'est pas capable de préciser la localité en la référant, tantôt à la base de la langue, tantôt aux cornes supérieures du cartilage thyréoïde.

Comme il est naturel, on examine la gorge. Souvent l'on trouve le pharynx normal comme état, couleur et disposition de ses parties; les amygdales ne sont pas volumineuses; la luette a une conformation régulière et sa longueur n'est pas même exagérée à attirer l'attention; sur l'arrière-pharynx il n'y a pas ces granulations si faciles à rencontrer. Vu le résultat négatif de l'inspection du pharynx, on examine alors le larynx, sûr d'y découvrir la cause de l'altération de la voix. Mais de même ici, toutes les parties présentent un aspect normal. Les cordes sont belles, blanches-tendineuses, s'approchent et vibrent régulièrement dans la phonation. Sans un fait évident qui explique le phénomène accusé par le chanteur et considérant qu'en acoustique il suffit de petites modifications inappréciables à l'œil nu, pour avoir des différences phonétiques sensibles à l'oreille, on juge qu'il s'agit d'une faiblesse de l'organe, d'une atonie des muscles adducteurs ou tenseurs des cordes vocales. Et ce qui nous appuie dans cette supposition c'est de savoir qu'il y eut en jeu, comme souvent il arrive, une de ces causes dont nous parlerons plus loin et qui sont capables d'amener l'atonie vocale, tels que l'abus du chant, l'abus de la vie, les désordres sexuels chez la femme, etc.

Après une telle diagnose qu'on a tout lieu de croire exacte, bien qu'appuyée sur l'induction, on ordonne en conséquence; c'est à dire badigeonnages stimulants du larynx, irritants et révulsifs au cou, hydrothérapie, électricité, traitement tonique général, repos de l'organe, etc. Mais après avoir mis à l'épreuve toutes les ressources thérapeutiques dont nous disposons, on a la bien peu consolante satisfaction de voir que tous nos conseils n'ont servi à rien et notre amour-propre reste encore plus froissé lorsqu'on vient à reconnaître que le malade que nous avons soigné inutilement pendant des semaines, est guéri en peu de jours en suivant les conseils d'un ami artiste ou de quelque médecin vulgaire qui, sans même lui regarder la gorge, avait conseillé de badigeonner la luette avec une solution de lapis ou même de se la faire exciser.

En ce cas l'empirisme triomphe sur la science. On raconte que plusieurs artistes qui avaient perdu la voix la retrouvèrent après s'être fait couper la luette. Voilà leur conseil légitimé. D'autre part il faut avouer qu'après la découverte du laryngoscope et l'impulsion que celui-ci donna à l'étude des maladies du larynx on a eu la tendance à apprécier seulement et spécialement dans l'étude de la pathologie de la voix, tout ce qui nous venait révélé par le nouveau moyen d'investigation et à négliger les autres parties qui n'ont pas moins d'importance dans la phonation et qui constituent avec le larynx ceux qui justement se nomment *les organes de la voix.*

Il est connu que les cavités du pharynx, de la bouche et du nez constituent la caisse harmonique de la voix. L'on sait aussi qu'une caisse harmonique d'un instrument résonne selon sa conformation ou, en d'autres termes, pour

qu'elle résonne bien elle doit avoir une conformation spéciale, laquelle, même avec les connaissances de physique dont on dispose aujourd'hui, ne peut bien se préciser quelle est la meilleure et souvent elle réussit par hasard. Non toutes les caisses harmoniques qui sortent de la main d'un fabricant intelligent et précis réussissent bien. Chaque modification de conformation de la cavité de la caisse et de la texture de ses parois doit donc apporter aussi une modification dans le développement et dans la répercussion des pulsations sonores et pour cela une différence dans la résonnance. La différence sera en mieux ou en pis selon qu'est favorisé ou contrarié le développement des hypertons, ou dominent les hypertons discordants.

Il est incontestable que la valeur des instruments à caisse harmonique dépend de la bonté de celle-ci. La beauté donc d'une voix réside dans la parfaite conformation du pharynx.

Il est facile de constater qu'à chaque position et conformation de la langue, du voile du palais, des piliers, aux différents degrés d'ouverture des mâchoires et de contraction des muscles pharyngiens correspond une modification du timbre de la voix. On imite la voix d'une personne si on réussit à donner à sa gorge la conformation de celle de la personne que l'on veut imiter. Si deux frères se ressemblent aussi dans la voix, ce qui arrive souvent dans les jumeaux, cela dépend que leurs gorges, comme les traits du visage, ont la même façon.

La caisse harmonique ne modifie pas seulement le timbre, mais aussi le volume de la voix. L'intensité du son ne dépend pas seulement d'une plus grande pression de l'air sur les cordes vocales, et par conséquent d'une plus ample vibration de celles-ci, mais aussi de l'ampleur et de la bonne conformation de la caisse harmonique, c'est-à-dire de sa bonne résonnance. L'on trouve des individus qui ont avec une poitrine grêle, une voix de stentor, tandis que d'autres avec une poitrine d'athlète ont une voix très faible. La pathologie vient encore confirmer ce qui se rencontre physiologiquement. Les individus qui ont des amygdales hyperthrophiées, ont la voix dite de gorge, obscure, nasale, peu sonore: si on coupe ces glandes, la voix retourne à son timbre normal, claire, puissante. Un malade de paralysie post-diphthéritique du voile du palais, a la voix faible, nasale, et les voyelles méconnaissables entre elles; mais si pendant la phonation on lui relève le voile du palais avec le manche d'une cuillère, on entend la voix reprendre ses qualités acoustiques normales.

La luette est placée justement là où les cavités du nez et de la bouche se réunissent à la pharyngienne de manière qu'elle fait part de ces trois cavités. Il n'y a rien de plus aisé à comprendre, après ce que nous avons dit plus haut, comme un changement de conformation de la luette doit apporter une différence dans la résonnance de ces cavités.

Examinons à présent quel rôle joue la luette pendant l'émission de la voix. Choisissons la voyelle *a* en timbre clair comme celle qui nécessite une large ouverture de la bouche et l'aplatissement de la langue, et nous permet de voir la luette sans introduire aucun instrument dans la bouche et altérer artificiellement de cette manière la conformation de celle-ci.

Commençons par un basse ou un baryton, et faisons lui émettre, sur la dite voyelle, un *sol*[1]. Nous verrons le voile du palais se porter en masse en haut et en arrière avec la luette, mais celle-ci ne se rétrécit pas et reste pendante. Ordonnons-lui d'exécuter une gamme ascendente, et nous verrons le voile se

relever au fur et à mesure que la voix s'élève de tonalité. Lorsqu'il arrive au *sol*^{2} on voit la luette commencer à faire un mouvement de contraction et à se rétrécir: ce rétrécissement se fait toujours plus prononcé montant en tonalité jusqu'au *ut*^{3} où elle se trouve complètement rétrécie mais en position verticale encore. Au *mi*^{3} et *fa*^{3}, la pointe de la luette fait un mouvement de bascule en arrière jusqu'à se disposer horizontalement de manière que sa face antérieure se trouve sur le même plan de la surface buccale du voile palatin. Si l'artiste chante en fausset, la luette se rétrécit et se dispose horizontalement même dans les notes plus basses de ce registre, tel que l'*ut*^{3}, et arrivant aux notes extrêmes du fausset, par exemple le *fa*^{4}, elle disparait presque.

Prenons un ténor: même chez celui-ci on rencontre de semblables modifications. La luette commence à se rétrécir vers le *sol*^{2}; la contraction est complète au *ut*^{3}, et du *mi*^{3} jusqu'aux notes plus hautes de son extension vocale elle reste disposée horizontalement.

Pour la femme la contraction de la luette commence au *ut*^{3}, est complète entre le *fa*^{3} et le *sol*^{3}, et se place horizontalement depuis l'*ut*^{4} en haut. Si maintenant nous considérons ces diverses positions de la luette selon les différents tons, on peut établir que chantant sur la voyelle *a* en timbre clair, la contraction du muscle azygos commence lorsque la voix arrive aux notes plus hautes du registre de poitrine, la luette reste rétrécie complètement dans le médium, et se dispose horizontalement lorsqu'on chante en celui de fausset.

Nous savons que la luette est constituée d'une partie centrale ou musculaire, l'extrémité du muscle azygos, sur laquelle se trouve une couche de tissu connectif à larges mailles et ensuite la muqueuse riche en glandes mucipares spécialement dans sa surface nasale. Or, cet organe peut être sujet aux maladies comme tout autre, et peut être plus encore, car il est exposé continuellement aux influences irritantes dont nous parlerons plus loin.

Parmi les différentes affections qui peuvent la saisir, il y a celle assez fréquente à se rencontrer et qui est nommée indistinctement et improprement relâchement, prolapsus, procidence, allongement, engorgement, hyperthrophie, chute de la luette, hypostaphyle. Sous ces différentes dénominations on ammasse la vraie hyperthrophie totale de l'organe, le relâchement de la muqueuse et du connectif sous-muqueux avec infiltration d'éléments embryonnaires et hypertrophie des glandes mucipares, la simple œdématie du connectif sous-muqueux, la paralysie du muscle azygos. Sauf cette dernière forme, il nous semble qu'il serait mieux d'adopter la dénomination générique de *hypermégalie uvulaire* pour toutes ces altérations qui portent une augmentation de volume de l'organe, parmi lesquelles on pourrait ajouter aussi l'hyperplasie syphilitique, l'infiltration amyloïde, les néoplasies, etc.

Ces différentes altérations ne sont pas difficiles à distinguer entre elles, et si pour les désordres fonctionnels il importe peu de savoir à quoi tient l'hypermégalie, cela est nécessaire au contraire pour le traitement thérapeutique.

S'il y a hypertrophie musculaire, alors la luette se présente augmentée non seulement en longueur, mais en épaisseur et largeur, et prend un aspect non plus de ruban, mais cylindrique, se terminant en cône ou en massue. Quelquefois elle se présente oblique et courbée sur les côtés ou en avant, et la muqueuse qui la recouvre est normale ou tout au plus un peu rouge.

Si au contraire l'hypermégalie est due au relâchement du tissu muqueux

et sous-muqueux celui-ci est plus prononcé à la pointe; il y a facilement augmentation de longueur laquelle peut arriver jusqu'au double ou au triple: nous en avons même vu de quatre centimètres de longueur, et dans un cas le patient la prenait avec les doigts et la tirait jusqu'à la marge libre des dents incisives. Par cette altération la luette se présente, spécialement à l'extrémité libre, de couleur rose ou rose violacée, translucide; si on la remue avec un stylet, elle en suit les mouvements comme un corps inerte. Si on la fait contracter on la voit se rétrécir dans sa portion basilaire, mais la muqueuse se grince tout au tour et prend l'aspect d'un pénis enfantin retiré par le froid. D'autres fois il reste un bouton pendant de muqueuse translucide par imbibition séreuse. Quelquefois les glandes mucipares sont hypertrophiées; quand elles le sont à la racine de la luette, elles se présentent disposées en chapelet; à la surface postérieure ou nasale, s'amassent en un monceau; à la pointe, donnent à l'organe l'aspect de massue. On observe aussi quelquefois, surtout aux bords de la luette, la complication d'un petit papillome.

La muqueuse, à la suite de cette affection des glandes, est couverte de mucosité épaisse, gluante de manière que l'extrémité flasque reste repliée sur elle-même ou collée soit aux piliers, soit au pharynx.

D'autres fois la luette est normale comme volume, forme, couleur de sa muqueuse, mais elle est paralysée. Ce sont les cas qui trompent, car ordinairement on ne pense à faire donner des sons que lorsqu'on à appliqué le miroir laryngien, lequel cache justement la luette et nous empêche de constater qu'elle ne fait pas les contractions selon les tons comme on l'a décrit plus haut, et reste pendante complètement, ou se rétrécit momentanément pour retomber de suite, ou fait des contractions incomplètes ou intermittentes, ou enfin qu'elle est en proie à une oscillation, à un vrai tremblement paralytique.

Et à présent qu'il nous soit permis, vu l'importance pour les conseils thérapeutiques, de passer rapidement en revue les causes de ces altérations. Comme on peut facilement l'imaginer, les susdites altérations morbides peuvent se présenter isolément ou ensemble, et peuvent être la conséquence d'autres procès ou bien représenter elles mêmes le procès morbide.

Une des causes plus fréquentes est l'inflammation catarrhale, par propagation d'un coryza. Il n'y a rien de plus commun que d'entendre la voix s'abaisser de tonalité, acquérir un timbre caractéristique pendant un rhume de cerveau et perdre sa sonorité spécialement dans le registre haut. Cela dépend de la modification des parois de la cavité nasale par la tuméfaction de la muqueuse, de la diminution d'ampleur des méats et même de leur occlusion, ce qui apporte une différente répulsion des pulsations sonores, une différente longueur des ondes et une transposition des surfaces nodales. Cependant il n'est pas rare de trouver des artistes qui chantent même lorsqu'ils sont enrhumés. Cela arrive quand le procès catarrhal ne s'est pas propagé à la partie postérieure de la cavité nasale amenant relâchement du voile et de la luette. Quelquefois, au contraire, dans la période initielle d'un coryza, la voix est même plus puissante qu'à l'ordinaire. Si l'on observe attentivement ce fait, on reconnait qu'il arrive lorsqu'il existe déjà un léger relâchement de la luette, mais qui peut être compensé par un surcroit de contraction du muscle azygos. L'on dirait que dans ces cas dans le commencement d'un coryza, bien entendu que la tuméfaction de la muqueuse ne soit arrivée jusqu'à la luette, pour une aug-

mentation d'excitabilité nerveuse le muscle fonctionne plus énergiquement qu'à l'état ordinaire.

D'autres fois l'hypermégalie uvulaire est la conséquence d'une vraie uvulite aiguë catarrhale, croupeuse ou flegmoneuse, primitive ou propagée d'une péritonsillite flegmoneuse. Cessée l'inflammation il est aisé de comprendre que la muqueuse reste relâchée si l'on se rappelle la structure des muqueuses, lesquelles dépourvues d'un vrai derme à fibres entrecroisées, une fois distendues au delà de leur capacité d'extension par une infiltration séreuse sous-muqueuse, ne peuvent plus se rétrécir et reprendre leur état précédent.

D'autres fois la luette se présente augmentée de volume par un procès d'inflammation chronique dont elle est envahie; inflammation qui n'est pas la conséquence d'un procès aigu mais qui s'est développée par degrés et est le résultat de l'action directe et répétée des substances irritantes chimiquement, thermiquement, mécaniquement tel que l'abus de fumer, de priser, les boissons alcooliques, les substances épicées, l'air vicié ou trop froid ou très chaud et sec, les boissons chaudes, les aliments rudes, ou l'effet d'un travail non adapté comme l'abus de chanter en timbre sombre, ou trop haut ou en fausset; enfin de chanter lorsque la luette est déjà enflammée, ce qui empêche la métamorphose régressive et la résorption des exsudats.

D'autres fois c'est la conséquence des procès inflammatoires spécifiques, et spécialement de ceux à marche lente; entre eux, en première ligne, on met les plaques muqueuses syphilitiques; dans de pareils cas même après avoir ôté l'infection il reste souvent une vraie hyperplasie des tissus.

Si le relâchement de la luette est simplement paralytique, alors il peut dépendre ou d'une infiltration séreuse collatérale du muscle pendant un procès aigu ou subaigu, ou de conditions infectieuses telles que diphthéritiques, syphilitiques, scarlattineuses, morbilleuses, varioliques, typheuses, saturnines, etc. D'autres fois il se complique à un relâchement général de la gorge, comme désordre réflexe de troubles sexuels chez la femme. Une autre cause du relâchement paralytique assez fréquente chez la femme et non suffisamment appréciée, c'est le chagrin et les pleurs spécialement s'ils sont prolongés: dans ce cas à la crampe des muscles azygos, pharyngo-palatins et élévateurs du palais qui se révèle par une sensation de serrement de gorge bien connue, il survient de la fatigue, et de la subparalysie.

On devrait enfin citer l'atrophie musculaire progressive, la trichinose, la paralysie labio-glosso-pharyngée, etc., mais on irait hors du champ pratique, car des individus en proie à de telles affections ont bien autre chose à penser qu'à leur voix.

Un fait que l'on observe dans les états pathologiques dont nous venons de parler, est l'inconstance de degré en relation aux conditions électriques et hygrométriques du milieu. Nous voyons des artistes se trouver toujours mal en voix dans les climats, dans les saisons, et même dans les journées humides, tandis qu'ils se trouvent bien dans les climats secs. Excluant que pour la même influence il y ait complication de catarrhe laryngien ou trachéo-bronchial, on trouve facilement que ces artistes ont habituellement un léger relâchement de la luette et on voit avec une frappante alternative coïncider l'amélioration ou l'empirement de la voix avec un moindre ou majeur relâchement de cet organe.

Il y a des cas, cependant, qui semblent en contradiction avec ce que nous

nous sommes proposé de démontrer. On rencontre des artistes qui ont la luette très allongée et disent de se trouver toujours bien en voix. D'autres, et cela semble même paradoxal, disent qu'après une grave maladie de gorge qui leur laissa une altération permanente, se trouvèrent avec la voix plutôt améliorée qu'empirée.

D'abord il faut se rappeler que la luette, bien que très longue, peut être parfaitement rétractile de manière qu'elle vient néanmoins à occuper la place et prendre la façon qui est exigée dans la phonation. Ensuite il faut considérer que dans la carrière théâtrale il y a une sainte horreur de faire savoir qu'on est malade de voix, au point que l'on entend des artistes avec une voix évidemment enrouée et cassée, avoir la franchise de dire que leur voix est très-pure. La raison est bien simple; il est question de perdre la réputation et de donner une arme aux envieux pour détruire la position déjà conquise. Donc il faut toujours penser à la facile tromperie et se fier seulement des propres oreilles dans le jugement d'une voix. Mais ce fait paradoxal que nous venons de dire s'observe réellement quelquefois et on peut en trouver l'explication. En premier lieu on doit considérer que plus on avance dans l'exercice et l'étude consciencieux du chant, plus la voix gagne, car on apprend à bien conformer la gorge développant mieux les hypertons accordants, à tirer des effets musicaux avec habileté, à faire ressortir le bon et couvrir avec fourberie les défauts et en d'autres termes, admise la possibilité qu'il y ait même un léger allongement de la luette, on apprend à substituer à la conformation naturelle de la cavité pharyngienne une autre conformation qui donne aussi une bonne résonnance. Il peut donc arriver qu'une caisse harmonique même mal conformée en nature pour le développement des sons, puisse acquérir la juste conformation voulue pour bien résonner à la suite d'une modification de ses parois, par exemple de celle causée par une hypermégalie uvulaire.

On peut déduire de ces considérations que l'importance physiologique de la luette jusqu'à présent pas encore bien établie, soit, peut-être, pour une exacte modulation de la voix. Car si l'on veut, avec Dobell, admettre qu'elle soit destinée à diriger les mucosités qui descendent des arrières narines sur la base de la langue, empêchant qu'elles tombent dans le larynx, on peut faire l'objection qu'il y a beaucoup d'individus qui ont la luette détruite et cependant ne présentent pas cet inconvénient. On fait la même objection pour la supposée fonction de fermer les arrières narines dans la déglutition et empêcher le passage des substances alimentaires dans le nez, car il est destiné à la contraction des élévateurs du palais, du constricteur pharyngien supérieur et des pharyngo-palatins de prévenir ce désordre, qui du reste arrive justement lorsqu'il y a paralysie de ces muscles.

Mais jusqu'à présent nous avons parlé seulement de l'influence méeanique de l'hypermégalie et de la paralysie de la luette sur la résonnance de la voix dans le pharynx: il nous semble que l'on ne doit pas négliger l'étude de l'influence qu'une affection de la luette peut apporter sur les autres parties qui concourent à la phonation.

Nous voulons d'abord appeler l'attention au fait qu'une hypermégalie uvulaire qui est souvent la conséquence de la propagation d'une pharyngite chronique devient à son tour cause de l'entretien de la même pharyngite; premièrement par le fait bien connu que tous les organes malades ou les tissus de

nouvelle formation sont plus faciles à être influencés par les agents irritants de manière que la luette hypertrophiée est point de départ d'exacerbations du procès catarrhal qui se propage à tout le pharynx; en outre la luette, à cause de l'augmentation de son volume, chatouillant le pharynx et la base de la langue donne lieu à de continuels mouvements de déglutition, à des efforts d'expuition, au besoin de râcler la gorge, à des vomituritions, à de la toux nerveuse, à des spasmes pharyngiens; ce qui fatigue et irrite l'organe. Pour l'altération de la muqueuse et pour la diminution de tonicité des muscles constricteurs qui s'en suit, le pharynx ne fonctionnera pas régulièrement comme caisse de résonnance. Dans ce cas, donc, si l'on porte le traitement seulement contre le pharynx, on aboutira à rien, car on verra le procès résister opiniâtrément à la cure ou récidiver à tout moment.

Il n'est pas rare que les paralysies des cordes vocales disparaissent dès que l'on touche la luette avec le miroir laryngien. Cela ne doit pas être attribué à une surexcitation du malade déjà impressionable par l'appréhension que lui réveille l'examen laryngoscopique, car tout autre exploration instrumentale de la gorge ne fait pas revenir la voix, mais plutôt on doit penser à une action nerveuse réflexe.

L'existence d'une pareille action nerveuse réflexe est frappante en certains individus chez lesquels si l'on touche la luette on réveille immédiatement un coup de toux. Du reste, plusieurs auteurs ont observé des paralysies phoniques laryngiennes en relation avec l'hypertrophie des amygdales, et nous aussi avons eu un cas indubitable, car tandis que tous les traitements, même l'électrisation laryngienne, avaient échoués, la voix revint de suite lorsqu'on enleva les amygdales.

De cela on peut déduire qu'une lésion de la luette pour les anastomoses nerveuses du glosso-pharyngien avec le pneumogastrique, en certains cas et en certaines conditions que nous ne savons pas encore déterminer, peut induire par voie réflexe une subparalysie ou une atonie du larynx telle de créer d'autres désordres phoniques des cordes vocales, désordres qui s'ajoutent à ceux apportés dans le pharynx par l'hypermégalie de la luette.

Avec l'appui des observations plus haut mentionnées, on réussira à se faire une raison de plusieurs altérations de la voix qui, comme nous l'avons dit au commencement, nous étaient inexplicables.

C'est au piano, instrument qui doit figurer dans le cabinet du laryngologiste comme instrument de diagnose tel que l'échelle typographique dans le cabinet de l'oculiste, que nous pourrons découvrir et bien préciser les altérations vocales.

On comprendra alors comment la voix, vide, accusée par l'artiste, dépend du manque de résonnance du pharynx, car celui-ci ne peut, à cause de l'altération de la luette, prendre la conformation nécessaire; comment l'inégalité de puissance et de timbre dans l'émission d'un ton dépend de la contraction désordonnée et inconstante de la luette; on comprendra comment la lenteur à trouver la pose juste de la voix et le besoin de s'y préparer reconnaissent pour cause la difficulté ou l'impossibilité de la luette à prendre sa juste position. On reconnaîtra aussi que le tremblement et le grasseyement dépendent du tremblement de la luette, et que la voix présente des choes à cause des soudains relâchements de cet organe suivis de retour immédiat à sa position. On aura aussi la raison du pourquoi le médium et le registre haut soient altérés plus facilement que le

bas, car en celui-ci la luette reste déjà normalement tombante; et on comprendra pourquoi l'artiste puisse avoir les notes du milieu moins faciles que les hautes, car il est plus difficile pour un muscle de se tenir ferme dans un état de semi-contraction que de contraction complète; et pourquoi au contraire il puisse avoir les notes hautes plus difficiles que celles du milieu, car pour le relâchement muqueux la luette ne peut se disposer horizontalement mais il en reste tombante une partie. On s'expliquera encore comment l'artiste puisse trouver quelquefois plus facile de chanter sur la voyelle *i* que sur l'*a*, car pour donner l'*i* il faut relever davantage le voile du palais que pour l'*a*, ce qui compense jusqu'à un certain point le relâchement de la luette; comment pour compenser la contraction de la luette et trouver une autre conformation du pharynx qui résonne bien, l'artiste s'aidant avec les muscles auxiliaires, fait des grimaces, ou éprouve de la fatigue, du serrement et de la douleur dans la gorge à cause d'une exagération de contraction des pharyngo-staphylins et élévateurs du palais; comment pour l'état de sécheresse et de viscosité de la sécrétion, ou d'abondante sécrétion, pour l'imbibition de la muqueuse et son élasticité diminuée, pour l'âpreté et l'inégalité de la surface à cause du développement des glandes mucipares soient altérés la répulsion normale des pulsations sonores et le développement de la résonnance. Combien d'orateurs ou d'artistes pour éclaircir la voix ont besoin à chaque instant de boire une gorgée d'eau pour humecter leur gorge ou de la râcler pour la débarasser des amas de mucosité! S'il arrive enfin que l'artiste détonne ou augmente de tonalité, c'est que ne sentant pas la sonorité ordinaire de sa voix, il cherche d'y suppléer avec une plus grande force de pression aérienne sur les cordes vocales, ce qui, par les lois qui réglent les vibrations des anches, peut apporter, outre à la plus grande ampleur de vibration, une augmentation du nombre des mêmes.

Mais en même temps que l'artiste se plaint de l'altération de la voix, il nous demande s'il guérira, et dans quel laps de temps, et par quel moyen.

Lorsqu'après un examen consciencieux on a exclu l'existence en d'autres parties d'affections capables de produire les mêmes troubles vocaux et que l'on peut les retenir dépendants seulement de l'affection de la luette, le prognostic est bon en général sauf dans les cas très rares de paralysie d'origine centrale.

Quant à la rapidité de la guérison, dont l'importance peut être capitale pour un artiste qui est saisi par un relâchement de la luette pendant qu'il est engagé, elle dépend de la nature de la lésion qui apporte le relâchement. Un œdème aigu, un relâchement musculaire par œdèmatie collatérale, se résoudront sans doute plus facilement en comparaison d'une hypertrophie des tissus par irritation prolongée.

Et maintenant quels sont les moyens pour remettre l'organe en état de pouvoir bien fonctionner?

Parmi les artistes il est connu que dans des cas de soudain relâchement de la luette l'on a obtenu un avantage en la poudrant avec de l'alun ou du poivre, en mâchant des pastilles de Dethan ou de Brown, en versant dans les narines de l'huile d'amande ou en prisant du sucre ou du camphre, en buvant du lait ou un verre de cognac, en faisant des fumigations émollientes ou en fumant vite un cigare très fort, en se gargarisant avec du lait ou avec de.... l'urine, etc. Comme il est facile à comprendre, il arrive souvent que le poivre, les pastilles de Brown, le cognac, etc., qui pourraient aider dans un cas d'a-

tonie musculaire peuvent être appliqués au contraire lorsqu'il y a irritation aiguë.

Nous entrevoyons déjà cependant la méthode du traitement. S'il s'agit d'un procès catarrhal aigu, d'abord dans la période irritative, les calmants, les émollients, les dissolvants; après les astringents, les stimulants pour favoriser la résorption des exsudats inflammatoires, pour ôter l'atonie musculaire.

Ce n'est pas notre intention d'exposer ici tous les moyens proposés et adoptés par les différents auteurs, ni de discuter sur la convenance du choix du chlorate de potasse, du borate glycérolé, des mucilagineux, du carbonate neutre de soude, du jodure de potassium, des vapeurs d'eau chaude, etc., d'un côté; et de l'autre de sulfate de zinc ou de cuivre, de l'alun, du tannin, de nitrate d'argent, etc. Nous dirons seulement des moyens qui nous avons adoptés comme ceux qui entre nos mains ont donné de meilleurs résultats en comparaison de tous les autres que cependant nous avons mis à l'épreuve.

Nous ordonnons dans le début de la maladie des gargarismes de muriate d'ammoniaque dans une décoction d'orge au 1 $^0/_0$. Il serait aussi utile prendre de la glace par petits morceaux si toutefois on pouvait en continuer sans cesse l'usage, autrement il nous a semblé que ce moyen a quelquefois empiré l'affection ou au moins qu'il n'a pas été toléré.

Après deux ou trois jours au bout desquels la période irritative et de sécheresse de la muqueuse a cédé, nous faisons faire cinq ou six fois par jour des gargarismes d'une solution d'alun dans l'eau au 1 $^0/_0$.

Si l'artiste est pressé par le temps devant chanter ou résilier son engagement, alors nous essayons de suite les badigeonnages abortifs de nitrate d'argent au 10 $^0/_0$ une fois par jour, avertissant que cette médication est une arme à deux tranchants, car si quelquefois elle fait du bien, d'autres fois elle augmente l'irritation. Lorsque les phénomènes inflammatoires ont cessés et qu'il reste un relâchement musculaire, l'application directe sur la luette du courant faradique donne de bons résultats.

Quand le malade se présente lorsque la période irritative est déjà passée ou avec un procès inflammatoire subaigu, alors nous ordonnons la médication astringente; si par gargarisme nous préférons encore l'alun, si par badigeonnage le nitrate d'argent au 5 $^0/_0$.

Si la paralysie est la cause unique ou principale du relâchement de la luette, alors, comme nous l'avons déjà dit, nous appliquons de suite l'électricité faradique.

Si enfin nous avons affaire avec une hypermégalie chronique de l'organe, nous proposons l'excision.

Si le patient est pusillanime et ne veut pas s'assujettir à cette opération, alors nous lui conseillons de se badigeonner la luette deux fois l'une après l'autre le matin, pendant deux ou trois mois avec une solution de sesquichlorure de fer au 4 $^0/_0$. Nous préférons cet astringent à tous les autres, car il n'est pas nuisible, et s'agissant d'une cure de longue durée il n'y a pas à redouter de fâcheux effets sur l'estomac ou sur l'organisme, comme en faisant usage du nitrate d'argent, car pour bien que l'on se rince la bouche et l'on se gargarise après avec de l'eau, on en avale toujours une quantité avec la salive. Ajoutons que le sesquichlorure de fer ne donne pas la salivation ennuyeuse des autres préparations métalliques, et que sa saveur n'est pas trop désagréable.

Naturellement, devant continuer ce traitement pour un certain laps de temps,

il est préférable d'appliquer directement le remède avec un pinceau plutôt que par gargarisme, pour éviter son action fâcheuse sur les dents, ce qui du reste est commun à tous les astringents.

Avec ce traitement, l'on voit en effet se réduire la luette en volume, mais non d'une manière complète.

Certainement la résorption des exsudats inflammatoires interstitiels est favorisée, mais la distension de la muqueuse reste, et nous voyons souvent l'organe retomber malade à la moindre influence irritante. Il arrive donc que le patient après s'être ennuyé et avoir perdu du temps avec un pareil traitement, se décide pour l'opération.

Nous avons l'habitude d'opérer le malade deux ou trois heures après son déjeuner afin qu'il ne soit pas obligé de manger après l'opération.

Au moment de l'opération nous lui faisons sucer de la glace. Ensuite si le malade ne sait pas tenir la langue aplatie, nous la faisons déprimer par lui même, ou par un aide, avec l'abaisse-langue de Türck; alors nous saisissons la luette par sa pointe avec la pince utérine de Sims (que nous trouvons très commode à cause de son angle de déviation, des dents de souris qu'elle présente, et en même temps pour sa force et sa légèreté), nous la tirons en avant, et avec des ciseaux à cuillère, dont nous tenons la concavité en bas afin que la main soit en dessous de la visuale, nous faisons l'excision au point nécessaire. Ce procédé, comme les élèves de notre clinique à l'Hôpital Maggiore de Milan ont eu toujours occasion d'observer, a l'avantage de laisser la surface de section sur la partie postérieure de la luette de manière que les aliments ne passent pas sur elle, et de mieux enlever le paquet glandulaire postérieur qui est presque toujours hypertrophique.

Si nous rencontrons des cas d'indocilité absolue de la langue ou de sensibilité exagérée de la gorge au point d'empêcher même d'introduire les instruments dans la bouche, nous faisons exercer le malade à se toucher la gorge, autrement nous pratiquons l'excision pendant l'anesthésie au protoxide d'azote.

Nous dirons en passant que nous avons essayé non seulement le moyen d'excision ci-dessus mentionné mais aussi la cautérisation galvanocaustique, l'excision avec l'anse galvanocaustique ou avec les ciseaux de Waren, ou avec l'uvolotome de Mackenzie, et que nous sommes revenus encore à la méthode ancienne comme celle qui nous permet d'exécuter l'opération avec précision et de couper en direction et en quantité comme nous le désirons.

A l'égard de la quantité de luette qu'il faut couper, nous croyons que ce soit une grave erreur de la retrancher complètement comme le font plusieurs, car d'abord il y a une réaction très douloureuse, et puis, ce qui est plus important, c'est qu'on enlève un organe qui a sa raison d'être. Nous nous limitons donc à enlever la partie exubérante, celle qui reste tombante dans la phonation, de manière à laisser une luette qui a l'apparence normale comme longueur et comme forme. Il n'est pas rare de voir des moignons de luette en biais, ou carrés, ou déchiquetés.

L'excision faite, nous ordonnons de gargariser de suite avec de l'eau gelée et de sucer des morceaux de glace, ce qui arrête le sang bien vite et apaise la douleur en quelques minutes.

Nous n'avons jamais eu d'accidents consécutifs sérieux. Si quelqu'un a observé quelquefois une réaction grave, nous croyons que cela doit dépendre, comme il nous est arrivé de constater, de s'être servi d'instruments sales, et par conséquent de l'inoculation de substances infectieuses.

L'accident de l'hémorrhagie est une exception et se réduit à un écoulement ennuyeux qui peut durer plusieurs heures. Il nous est arrivé une fois de voir surgir une pareille hémorrhagie vingt-quatre heures après l'opération et céder après une journée à la cautérisation galvanocaustique.

Ce n'est pas notre habitude de cautériser la blessure avec du lapis, ni même de faire faire beaucoup de gargarismes astringents ou désinfectants, car nous avons vu cela troubler la marche régulière de la plaie, quelquefois irriter davantage et laisser une atonie musculaire plus longtemps.

Ordinairement les malades accusent un retour de la douleur à la gorge après trois ou quatre heures, comme s'ils avaient une épingle fichée dans le palais. Quelquefois il y a si peu de douleur, qu'elle n'empêche pas le malade de prendre ses repas ordinaires.

D'autres fois la douleur est assez forte, mais après 24–36 heures elle s'apaise déjà, et en trois ou quatre jours ordinairement elle est disparue. La plaie cependant exige ordinairement une semaine après l'opération pour cicatriser. Le moignon reste enflé encore pendant une autre semaine, au bout de laquelle tout est rentré à l'état normal. Comme traitement consécutif, nous ordonnons la glace pour les premières vingt-quatre heures, de manger des substances molles, froides et non irritantes. Après vingt-quatre heures nous ne faisons faire rien autre qu'un gargarisme de chlorate de potasse au 1 % une fois le matin et une autre le soir pour déterger la plaie. Nous ordonnons, bien entendu, le repos de l'organe, de ne pas trop parler, de ne pas essayer du tout la voix, de ne pas s'exposer aux influences irritantes; enfin nous ne permettons de recommencer l'exercice du chant que lorsque le moignon n'est plus enflé du tout, c'est-à-dire une quinzaine de jours après l'opération.

Ici il est important d'avertir qu'au moment de reprendre les exercices de chant souvent l'artiste ne sait pas trouver sa voix, à cause de l'habitude prise depuis longtemps de chanter avec une pose spéciale de l'organe, qui maintenant est changée. Il suffit cependant d'un peu d'exercice pour s'en remettre.

Avant de terminer, nous voulons aussi toucher la question que souvent les artistes nous adressent avant de s'assujettir à l'opération, c'est-à-dire s'il y aura récidive et si vraiment il n'y a pas de danger pour la voix.

Quant à la récidive il suffit de penser un instant à la nature de l'affection pour comprendre combien elle est difficile. Cependant il nous est arrivé de faire une nouvelle opération à des individus qui avaient été opérés par d'autres plusieurs années avant et, qui à la suite de rhumes réitérés, avaient observé un nouvel accroissement de la luette.

Quant aux dangers sur la voix nous pouvons assurer qu'il n'y en a jamais, pourvu que l'on accomplisse l'opération comme il faut, dans la juste mesure et sans provoquer une inutile excessive réaction inflammatoire; nous pouvons dire au contraire que la voix gagne toujours en facilité dans l'émission des notes hautes, en agilité et sûreté dans la pose, en clarté et pureté de timbre et en puissance. Notre expérience, fondée sur plusieurs centaines d'opérations, ne nous a jamais donné un cas dans lequel l'artiste se soit plaint d'un empirement de la voix. Du reste, notre expérience s'accorde parfaitement avec celle de Mandl. Et si l'on raconte d'artistes qui ont perdu leur voix après une telle opération, il faut se rappeler qu'il y a beaucoup de cas dans lesquels la cause de l'altération de la voix réside dans une concomitante lésion quelquefois irrémédiable des cordes vocales; naturellement la voix suivra les phases de celle-ci, et si on a

coupé la luette empiriquement en la croyant la cause de l'altération de la voix sans avoir préalablement reconnu avec un examen laryngoscopique l'affection du larynx, il est naturel qu'en voyant la voix s'empirer toujours davantage on attribuera à l'effet de l'opération ce qui serait survenu quand même. Enfin il faut se rappeler que l'on a une répugnance à se reconnaître devenu inhabile à une chose, et que l'on éprouve une satisfaction si l'on trouve le moyen de jeter la faute sur quelque événement ou sur autrui; sur cela les médecins font une expérience journalière.

M. Fournié, à propos de la fonction physiologique de la luette, pense qu'elle doit servir à l'occlusion complète de la communication entre la cavité naso-pharyngienne et le pharynx pendant la déglutition.

M. Labus répond qu'il a touché cette question dans son travail, mais que pour être bref il n'a pas cru devoir en parler dans le moment. Il observe que lorsque pour un procès d'inflammation la luette est œdèmateuse et immobile, ou dans les cas de complète destruction par procès ulcératifs les substances alimentaires ne passent pas dans la cavité naso-pharyngienne, et que cela infirme la supposition énoncée par M. Fournié.

M. Capart demande à M. Labus qu'elle est son expérience dans le traitement du relâchement de la luette.

M. Labus dit qu'il n'a pas négligé non plus cet argument dans son étude mais que pour la même raison de la brièveté du temps, il n'en a pas fait mention. En peu de mots il dit que dans les cas chroniques il pratique de suite l'excision comme celle qui donne une guérison radicale.

M. Lennox Browne juge comme chose très importante l'argument de l'excision de la luette. Il dit que pour la douleur qui suit l'opération il choisit toujours de faire l'excision pendant la soirée, de manière que le patient puisse s'abstenir de parler ou d'avaler. Il croit aussi qu'il soit nécessaire pour obtenir un bon résultat de tirer un peu en avant avec la pince la partie de la luette que l'on veut couper.

M. Fournié observe qu'il ne faut pas trop tirer en avant la portion de la luette qui doit être coupée par crainte d'avoir ensuite la partie musculaire découverte de la muqueuse, ce qui produirait une douleur trop forte.

M. Labus trouve au contraire préférable de tirer la luette pour enlever une bonne partie de muqueuse relâchée et se prémunir davantage contre un nouveau relâchement. Quant à la douleur, c'est un phénomène qui est différent d'un individu à l'autre et se présente spécialement lorsque il a fallu couper aussi une portion du muscle.

M. Blanc fait quelques observations sur l'hémorrhagie qui suit quelquefois l'opération, et raconte un cas dans lequel le malade ne s'est pas du tout aperçu d'une hémorrhagie coulant goutte à goutte qui continua pendant le sommeil, et fait remarquer le danger d'opérer pendant la soirée selon le conseil de M. Lennox Browne.

M. Elsberg fait observer qu'à couper la luette il faut diriger la coupure de devant en arrière et de bas en haut afin que la cicatrice puisse se former autant que possible postérieurement.

M. Semple dit qu'il pratique l'opération avec une espèce de guillotine.

M. Zawerthal trouve aussi préférable la guillotine. Il se sert d'un uvolotome construit d'après ses données dans lequel le tranchant est courbé de manière à donner à la surface de section du moignon une forme conique.

M. Hering donne communication d'un *cas de paralysie des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs suivie de paralysie glosso-labio-laryngée.*

La rareté de cas de paralysie du muscle crico-aryténoïdien postérieur et les doutes que mon honorable confrère le docteur Catti avait prononcé sur la nature nerveuse de cette affection, qui selon lui est due souvent à une ankylose de l'articulation aryténoïdienne, m'encourage à vous communiquer un cas de paralysie du muscle crico-aryténoïdien postérieur, présentant ceci de particulier, qu'il a précédé le développement d'une paralysie glosso-labio-laryngée et qu'il a pu jusqu'à un certain point relier entre eux ces deux états.

Voici d'ailleurs le fait:

Un homme âgé de 39 ans, anémique, dans un état de misère physiologique, s'est présenté chez moi en avril de cette année; il se plaignait, en ce moment, d'une dyspnée très prononcée et d'une certaine difficulté à avaler les aliments et les boissons. La dyspnée s'était développée peu à peu, depuis neuf mois, tandis que la difficulté de déglutir ne s'était présentée que depuis deux semaines.

Le malade raconte enfin, qu'il avait la syphilis, et que cinq ans auparavant il avait eu deux gommes, ou deux périostoses, sur l'extrémité supérieure du cubitus et du radius. De plus, le médecin du malade m'avait confié que mon client avait infecté sa femme. Quatre ans après ces symptômes, le malade avait eu des accès d'hémiplégie incomplète qui ne duraient que quelques heures et parfois quelques jours, et qui passaient sans l'intervention d'aucune médication. Ils étaient toujours précédés de vertiges.

Le malade a une voix à peu près normale; elle ne présente qu'un peu de nasonnement et de monotonie; il peut chanter, il ne lui manque que les sons élevés.

Les émotions, les mouvements, la toux provoquent seuls la dyspnée, qui s'accompagne de sifflement à l'inspiration. Il tire la langue avec difficulté; les mouvements latéraux de cet organe sont difficiles ainsi que le mouvement de bas en haut. La langue tremble un peu, mais elle n'est pas atrophiée.

Le malade ne peut pas contracter les lèvres pour siffler ou souffler et pour l'expuition; dans ce dernier cas il s'aide de son doigt.

Quand il boit vite et en trop grande quantité, il y a pénétration du liquide dans le larynx suivie d'une toux convulsive très pénible, et dès lors la dyspnée démontre au ton les caractères que nous avons signalés.

La sensibilité de la peau est diminuée partout et l'index de la main gauche présente une anesthésie complète; il y a incoordination légère dans le mouvement de la marche surtout quand il ferme les yeux.

Le réflexe tendineux des genoux n'existe pas. Il est à peu près impuissant. La mémoire est très faible; la vision et l'ouïe sont normales.

Le bruit respiratoire est très faible dans la partie postéro-inférieure de la poitrine. Le cœur est normal, ainsi que les viscères de l'abdomen. La luette est abaissée, immobile, pendant l'émission du son, insensible au contact et au courants induits; l'épiglotte est relevée, immobile et insensible également au contact et aux courants; de même les ligaments thyro-aryténoïdiens superieurs, de même l'orifice des gouttières laterales du larynx. La sensibilité existe seulement dans la région interaryténoïdienne. Les rubans vocaux sont rapprochés sur la ligne médiane en laissant entre eux, un espace d'un millimètre et demi; pendant l'inspiration, ils se rapprochent davantage au lieu de s'écarter; pendant l'émission du son, on les voit se rapprocher et vibrer dans l'espace interglottique; enfin vers la partie postérieure, on voit l'espace intercartilagineux des rubans s'agrandir et prendre la forme d'un V dont la pointe, serait tournée en avant. Cette image ressemble à la forme qu'affecte la glotte dans la paralysie combinée des muscles aryténoïdien transverse et thyro-aryténoïdiens pendant la phonation.

Mais comme la voix n'était altérée que dans la production des tons élevés nous sommes conduits à penser que l'image de la glotte, tel que venons de la décrire, est due à la paralysie du muscle crico-thyroïdien antérieur, qui est animé par un filet de laryngé supérieur et dont la branche interne, ou sensible, était aussi atteinte, puisqu'il y avait anesthésie de la partie supérieure du larynx.

La physionomie anormale des symptomes, c'est-à-dire l'affection du muscle crico-aryténoïdien postérieur, qui commençait la maladie, et qui était suivie de la paralysie des lèvres, de la langue, et de troubles de la déglutition 9 mois après, la coïncidence d'une paralysie de la sensibilité et du mouvement, les anésthésies partielles, les hémiplégies passagères, toutes ces choses m'autorisent à croire, que la maladie était d'une *origine bulbaire* et que probablement elle était due à la syphilis dont les traces étaient incontestables.

Je dois ajouter cependant, que je ne puis rien affirmer absolument, parce que le malade s'est refusé à suivre un traitement spécifique.

En finissant, je me crois donc autorisé à soutenir, que la paralysie glosso-labio-laryngée peut débuter par la paralysie d'une branche du récurrent, qu'elle peut être compliquée d'une affection du laryngé supérieur et enfin que, selon toute probabilité, l'état morbide peut être attribué à la syphilis.

M. Cervesato a la parole pour donner lecture de son mémoire sur les *kystes laryngés.*

L'apparition de kystes dans le larynx fut considerée jusque dans ces derniers temps un événement rare et presque exceptionnel.

En effet, si nous parcourons les meilleurs ouvrages sur les maladies du larynx, c'est-à-dire ceux de Bruns, de Türck, de Tobold, de Rauchfuss, de Schrötter, de Ziemssen, de Stoerk, de Makenzie, de Fauvel, de Cohen, de Krishaber, de Massei et d'autres auteurs, nous trouvons à peine dans le chapitre néoformation, quelques notions sur les kystes souvent en manière implicite avec les polypes muqueux; et tous les dits traités, s'accordent pour en démontrer l'extrême rareté.

Aussi dans les manuels d'anatomie pathologique les meilleurs et les plus complets comme ceux de Rokitansky, de Förster, de Birch Hirschfeld et autres on ne trouve presque pas mentionnés les kystes du larynx. Et seulement dans ces derniers jours j'eus l'occasion d'examiner le travail du Prof. Eppinger de Prague sur l'anatomie pathologique du larynx (1) dans lequel, cependant assez succintement, il parle des kystes.

En outre l'inspection des meilleures études sur les tumeurs, nous apprend que seulement Virchow (2) et Lücke (3) parlant des kystes muqueux démontrent la possibilité, bien que très rare, de leur apparition dans les voies respiratoires; même Virchow qualifie le kyste qui se développe dans le ventricule du Morgagni et qui quelquefois donne lieu à la formation de polypes vesiculaires du larynx (blasige Larynxpolypen) comme la forme la plus parfaite.

Que si enfin, pour que rien ne soit omis dans la recherche, on voulait consulter les œuvres de chirurgie les plus complètes et les plus accreditées, on ne trouverait pas considéré les kystes laryngiens, à l'exception du traité de Vidal de Cassis dans lequel traitant des lésions organiques du larynx, il cite deux observations de kystes faites par Renard et par Pravaz, desquelles j'aurai bientôt l'occasion de parler (4).

Cependant après avoir fait un diligent examen des mémoires et des articles épars sur les journaux scientifiques on arrive à recueillir, si non une riche collection de cas, du moins une quantité suffisante pour devoir admettre que les kystes laryngiens ne sont pas si rares comme on l'a cru jusqu'à présent; on a même des motifs de soupçonner que les cas observés ne puissent pas servir de jugement certain pour en démontrer la fréquence, attendu que les kystes dans de certaines circonstances peuvent rester cachés, et le cas n'est pas rare où ils ont été découverts accidentellement à l'occasion d'un examen laryngoscopique subi par le malade pour tout autre cause.

Déjà par les observations de Delormes (5) de Albers (6) de Renard (7) de Pravaz (8) de Schüssler (9) il fut dénoncé comme possible l'apparition de tumeurs kystiques au larynx. Et ce fut bien à l'appui de ces observations que Middeldorph (10) en 1854 les plaçait dans les états pathologiques aptes à resserrer la lumière laryngienne; en effet, dans son recueil de 64 cas de tumeurs laryn-

(1) *Handbuch der patholog. Anatomie von Dr. E. Klebs. VII Lieferung, bearbeitet von Dr. H. Eppinger.*

(2) *Die Geschwülste.* I Bd. Seite 246.

(3) *Dottrina dei tumori,* 1873, pag. 105.

(4) Vidal. T. 3, pag. 623, 1864.

(5) *Journal génér. de la Société de Méd. de Paris.* Janvier 1808.

(6) *Beobachtungen auf dem Gebiete der Pathologie,* etc. Bonn 1836, Bd. I, pag. 97.

(7) *Journal de Méd. de Leroux,* pag. 136, t. 31.

(8) Lebert. *Traité d'Anatomie.* T. I, pag. 600.

(9) *Würthemb. Corresp. Bl.* 1848, n. 10.

(10) *Die Galvanokaustik.* Breslau, 1854, pag. 178.

giennes observées jusqu'alors, il cite au N. 14 de ce même recueil l'observation de Delormes, et au N. 44 celle de Renard. Et ce fut aussi à l'appui des mêmes observations que successivement Lewin (1) et Merkel (2) assignèrent aux kystes cette place parmi les tumeurs laryngiennes qui leur fut confirmée par les études postérieures. Cependant si les dites observations peuvent intéresser du côté historique, elles valent bien peu du côté clinique et encore moins de celui anatomo-pathologique; considéré que, par l'examen incomplet et les moyens insuffisants dont la science pouvait alors disposer, il reste incertain qu'il se soit traité de vrais kystes laryngiens, ou de différents états pathologiques avec lesquels ils ont pu apparemment les échanger.

Mais c'en est bien autrement de l'histoire des kystes après l'introduction du laryngoscope. En effet avant cette decouverte il était non seulement impossible diagnostiquer la présence d'un kyste dans le larynx, mais aussi tout jugement positif manquait pour conclure sur l'existence d'une tumeur en général. Si même alors, par le moyen de l'expectoration on eût eu un signe certain de la tumeur, il aurait toujours été impossible déterminer si son siége était dans le larynx ou dans la trachée. C'était seulement lorsque la tumeur, arrivée à un remarquable volume, menaçait la vie par la sténose laryngienne, qu'on pouvait sur l'ensemble des manifestations instituer une diagnose qui, bien qu'approximative, autorisait l'ouverture des voies aériennes, secours presque toujours tardif; tandis qu'à présent, avec l'introduction de la pratique du laryngoscope, il fut inauguré la période des diagnoses exactes. Et comme pour toutes les autres affections laryngiennes il fut seulement alors possible de s'assurer de l'apparition de kystes dans le larynx, d'en reconnaître le siége et les différents caractères, d'en surveiller le développement, et de recourir aux actes opératoires selon l'indication donnée par les cas. Il ne faut donc pas s'étonner si dans cette période le nombre des kystes soit allé augmentant progressivement, et que au lieu de tristes données cadaveriques, il y ait eu des histoires cliniques complètes avec de brillants résultats de guérison. Déjà Gibb (3), en 1863, examinant une femme souffrant d'aphonie et d'accès dyspnoiques, constatait un kyste de la corde vocale droite, et il réussissait à le détacher moyennant l'écraseur et ainsi obtenir le retour de la voix et la disparition des accès. Durham, dans la même année, guérissait un enfant de 11 ans d'un kyste de l'épiglotte en pratiquant l'incision (4). Bruns en 1864 découvrait avec le laryngoscope, chez un homme de soixantequatre ans, un kyste avançant du ventricule droit de Morgagni, pour lequel il souffrait depuis longtemps d'enrouement obstiné, et le kyste coupé, il guérissait parfaitement en quinze jours (5). Dans son œuvre publiée l'année suivante, il cite un autre cas de kyste de la face postérieure de l'épiglotte découvert aussi avec le laryngoscope. En 1865 le Dr. Johnson diagnostiquait un kyste vasculeux à l'insertion antérieure des cordes vocales chez une femme de cinquante ans affectée d'enrouement; il en fit l'excision avec l'écraseur et en obtint la guérison (6).

(1) *Beiträge zur Laryngoskopie* etc. 1862.

(2) *Die neuern Leistungen auf dem Gebiete der Laryngoskopie. Schmidt's Jahrbücher*, 119 Bd. 1863.

(3) *On the diseases of the Throat and of the Windpipe.* London 1864, pag. 154.

(4) *Medico-chirurgical Transactions*, 1863.

(5) *Die Laryngoskopie*, etc. Tübingen 1865. XII Beobachtung, pag. 383.

(6) *Transactions of Medico-chirurg. Society.* Vol. II, case 2.

Et le Dr. Rauchfuss communiquait à la Société Médicale allemande de St. Pétersbourg un cas de kyste pédonculé de la face antérieure de l'épiglotte chez un homme de 30 ans tourmenté depuis longtemps d'une sensation dans la gorge comme celle d'un corps étranger, et ce kyste éclata dans une des séances préparatoires (1). En 1866 le Prof. Schrötter a communiqué un cas de kyste dans la surface antérieure de l'épiglotte très-analogue au précédent; le dit Professeur après avoir extrait quelques gouttes du liquide contenu afin de le cimenter au microscope, perçait et cautérisait le sac de ce kyste et en ramenait la guérison (2). Quatre ans après ce cas, il faisait la publication de quatre autres, trois desquels se trouvaient à la marge libre de l'épiglotte, et le quatrième à la face laryngienne de la même, dont l'excision est réussie excessivement difficile, et l'on fut obligé de recourir à l'anesthésie locale (3). Merckel dans la même année constatait un kyste à la corde vocale gauche chez une jeune fille de 15 ans (4), et Tobold l'année suivante communiquait ses trois premières observations de kystes aux cordes vocales opérés avec l'excision, auxquelles succéda dans son Traité de Laryngoscopie l'histoire de bien vingt autres cas de kystes, 19 aux cordes vocales, 1 au pédoncule de l'épiglotte, et tous traités avec un heureux résultat (5). Successivement Makenzie (6) (1871), Scheff (7) (1872), et Oertel (8) (1875), observèrent et opérèrent avec un heureux succès des kystes très développés, qui s'étendaient de la face antérieure de l'épiglotte à la fosse glosso-épiglottique. Un cas analogue fut aussi relevé par Beschorner (9) (1877) qui cependant ne l'a pas opéré, le kyste s'étant spontanément ouvert. A peu près à la même époque (1876) Fauvel (10) constata trois cas de kyste dont deux aux cordes vocales et un à l'épiglotte. Un cas aussi de kyste aux cordes vocales fut averti par Cohen en 1879 (11) et dans la même année le Prof. Massei de Naples, dans son travail sur les néoplasmes laryngiens faisait la relation de 9 cas de kystes dont 8 aux cordes vocales et 1 au ventricule de Morgagni. De ces neuf kystes cependant il ne constata la réelle existence que de quatre; tandis que pour les autres il a externé dans sa loyauté le doute d'une diagnose incomplète. Néanmoins deux de ces cas très notables doivent être mentionnés dès-aprésent, c'est-à-dire un cas de kyste hématique à la corde vocale droite, et un autre de kyste à la corde vocale gauche contenant un noyau calcaire (12). Quelques mois après le Dr. Keller de Cologne a dénoncé un cas de kyste à la face antérieure de l'épiglotte, développé de manière, qu'on pouvait le voir sans l'aide du laryngoscope en abaissant simplement la langue (13). Cette année

(1) *St. Petersburger Medizin. Zeitschrift.* 8 Bd. 3 Heft, pag. 185.

(2) *Medizin. Jahrb.* XII Bd. 1866.

(3) Schrötter. *Jahresbericht der Klinik* etc. 1871 Wien.

(4) *Deutsche Klinik* N. 29, 1866.

(5) *Berliner Klin. Wochenschr.* N. 46, 1867. *Laryngoskopie und Kehlkopfkrankheiten.* Berlin 1874.

(6) *Essay on Growths in the Larynx.* London, 1871, pag. 51, 52.

(7) *Wiener mediz. Presse,* Februar 1872.

(8) *Ueber Geschwülste im Kehlkopf* etc. von Dr. Oertel. *Deutsches Archiv. für Klin. Med.* 15 Bd. 1875.

(9) *Berliner Klin. Wochenschrift,* N. 42, 1877.

(10) *Traité pratique des mal. du larynx.* Paris, 1876.

(11) *Diseases of the Throat and nasal passages.* Sec. Edit. New York, 1879, p. 558.

(12) *La Scuola medica napoletana.* Febbrajo 1879.

(13) *Monatsschrift für Ohrenheilk,* etc. Berlin, September 1879.

de 1880 le Prof. Rossbach de Würzburg publiait dans le *Berliner Klinische Wochenschrift,* N. 5, un cas de kyste à l'angle de conjonction antérieur et opéré par lui avec la méthode percutanée, méthode de laquelle si la priorité appartient à Eysell de Halle il lui revient toujours cependant celle de l'avoir perfectionnée et d'en avoir répandu l'application. Le Prof. Sommerbrodt (1), qui déjà en 1872 avait publié un premier cas de kyste de la corde vocale gauche référa cette année même trois autres cas de kyste aux cordes vocales, qui ont été opérés par lui au moyen de l'incision pratiquée avec le couteau lanceolé. Tous les malades sont guéris.

Moi même pendant mon long séjour à Vienne pour faire des études spéciales, j'eus l'occasion de fréquenter plusieurs cours de laryngoscopie à la clinique dirigée par le Prof. Schrötter, et là, à ma grande surprise j'ai remarqué trois cas de kystes laryngiens, un du repli ary-épiglottique gauche, l'autre de la face antérieure de l'épiglotte et le troisième à la marge libre de la même. Ces trois cas m'ont suscité un vif intérêt et m'ont engagé à en faire des études spéciales. M. le Prof. Schrötter, auquel je rends honneur en disant que je conserverai toujours le souvenir de son exquise libéralité, m'a non seulement autorisé à me prévaloir des histoires relatives, mais outre cela il m'a offert d'inspectionner les régistres de tous les ambulants de la clinique depuis huit ans. J'ai pu ainsi, sur 16543 malades de gorge recueillir 17 cas de kystes laryngiens, dont deux aux cordes vocales, un à la partie postérieure du larynx près du cartilage du Santorini droit, un devant le cartilage arytenoïde gauche, et les treize autres à l'épiglotte.

Tandis que je me réserve à donner, dans la seconde partie de ce mémoire, l'histoire succinte des singuliers cas ci-dessus décrits, je mentionne ici, à complément de ceux que j'ai recueillis, six cas de kystes laryngiens qui furent accidentellement découverts dans les autopsies; deux par le Prof. Luschka (2), deux par le Prof. Schrötter, un par Wenzel-Gruber (3) et le sixième par le Prof. Eppinger (4). Entre eux il y en a quelques-uns d'une spéciale importance à cause de l'examen soigné qu'on en a pu faire et qui deviennent pour cela un puissant auxiliaire à mes considérations sur ce sujet.

Il résulte des dites observations que j'ai recueilli N. 85 cas de kystes, même sans tenir compte de cinq cas parmi ceux décrits par le Prof. Massei, et de cinq autres mentionnés par le Prof. Sommerbrodt desquels, selon ces Messieurs, la diagnose fut douteuse. De mon côté je ne puis affirmer que les kystes ci-dessus décrits aient été tous réellement reconnus, puisqu'une recherche de telle sorte ne peut jamais s'épuiser et se compléter. Toutefois je suis arrivé à avoir une collection si non riche, du moins suffisante à donner un fondement à mes études.

Il y a un parfait accord dans la manière de voir sur la nature des kystes laryngiens parmi les spécialistes mentionnés; tous les qualifient kystes de rétention des glandes muqueuses. Cependant cette affirmation n'est pas démontrée, et ne pouvait l'être en s'agissant de chaque cas en particulier; et mon but est d'en offrir la complète démonstration, ayant sous les yeux un ensemble de faits analogues dont plusieurs me semblent très-concluants.

(1) *Breslauer ärztl. Zeitschrift,* N. 1, 1880. *Beiträge zur Pathologie des Kehlkopfs.*
(2) *Virchow's Archiv.* 52 Bd. 3 Heft.
(3) *Virchow's Archiv.* 63 Bd. pag. 96.
(4) *Op. cit.* pag. 230.

Une connaissance précise de la nature, et de l'origine vraisemblable des kystes laryngiens est possible seulement avec l'étude anatomique du larynx. Bien qu'une précise connaissance de la fine structure de la muqueuse laryngienne ait une grande importance dans l'appréciation des differentes maladies de la gorge, depuis quelques années seulement cette membrane a été l'objet d'un examen étendu à toutes ses parties constituantes. Cette étude (initiée par Naumann (1), par Rheiner (2) et par Henle (3), mais completée par Verson (4), avec ses contributions à la Histologie du larynx, et par Luschka avec son intéressante monographie *Le larynx de l'homme,* par laquelle il nous rappelle ses études antérieures publiées dans les *Archives d'anatomie microscopique* (5)) aurait posée la thèse en dehors de toutes contestations, si elle n'eut été rendue controverse en partie par le Dr. Coyne avec ses recherches sur l'anatomie normale de la muqueuse laryngienne, publiées à l'occasion de son lauréat (6).

Dans la muqueuse qui tapisse la cavité laryngienne il se trouve beaucoup d'organes de sécrétion, lesquels ordinairement ont le caractère des glandes acineuses. Celles-ci, qui normalement n'excèdent pas le volume de la semence du pavot, s'y trouvent éparses irrégulièrement, dans une telle quantité que selon Luschka dans une superficie de 1 centimètre carré on en compte de 15 à 20 orifices, en forme de verrues circulaires comme causées par la pointe d'une aiguille, plus nombreuses cependant aux parois postérieures, dans les ventricules de Morgagni, au vestibule du larynx et à l'épiglotte. Au dire de Luschka, et en cela s'accordent les anatomistes les plus distingués, il manquerait tout-à-fait ces glandules dans la muqueuse des cordes vocales; comme aussi dans la fine couche de leur moëlleux tissu sous-muqueux, il n'y aurait pas de traces démontrables de substances glandulaires quelconques. Au contraire le Dr. Coyne aurait confirmé la présence de glandules entre le ligament fibro-élastique et la partie superficielle de la muqueuse vers la surface supérieure des cordes vocales. Tandis que presque partout les corps des glandules reposent dans le tissu cellulaire sous-muqueux, la plus grande partie de celles qui s'ouvrent à la face postérieure de l'épiglotte, sont placées en partie antérieurement au cartilage que dans ce cas elles percent, et en partie dans les lacunes qui se trouvent sur lui en plusieurs points. Les glandes acineuses sont dans plusieurs endroits plus étroitement groupées; celles qui tiennent la partie antérieure se trouvent en dessous de la membrane hyo-épiglottique dans l'espace limité par elle et par la membrane thyréo-joidienne. Les glandes agrégées postérieures occupent le fond du vestibule laryngien et sont spécialement nombreuses dans la région interaryténoïdienne. Les glandes agrégées latérales sont renfermées dans les replis ary-épiglottiques et dans les cordes vocales supérieures. Elles constituent les glandes aryténoïdes décrites pour la première fois par Morgagni, lesquelles sont, de chaque côté du larynx, disposées l'une près de l'autre en guise d'une L majuscule dont la barre verticale s'élève en avant du cartilage pyramidal, et la barre horizontale légèrement courbée constitue le con-

(1) Carl F. Naumann. *Om byggnaden of Luftrörshufvudet.* Lund 1851.

(2) H Rheiner. *Beiträge zur Histologie des Kehlkopfes.* Würzburg, 1852.

(3) I. Henle. *Handbuch der Eingeweidelehre.* Braunschweig, 1866.

(4) E. Verson. *Beiträge zur Kenntniss des Kehlkopfes und der Trachea,* Wien 1868.

(5) *Der Kehlkopf des Menschen.* Tübingen, 1871.

(6) *Recherches sur l'anatomie normale de la muqueuse du larynx. Thèse.* Paris, 1874.

tenu principal de la corde vocale supérieure (1). Les glandes donc forment le corps de la corde vocale supérieure, comme le muscle thyréo-aryténoïdien interne représente le corps de la corde vocale inférieure. Le plus souvent les acines ne présentent pas la forme sphérique, mais l'oblongue; du reste, ces glandes plus que de grappes offrent l'aspect de petits tubes ramifiés. L'épithélium constitué par de grandes cellules polygonales repose en simple couche sur une membrane propre. Les conduits excrétoires possèdent en général un épithélium avec cellules cylindriques. Dans les conduits qui s'ouvrent à la superficie inférieure des cordes vocales supérieures, l'on rencontre souvent un épithélium vibratile, qui peut s'étendre jusque dans le voisinage des vésicules glandulaires (2).

Une fois établi le siége de prédilection des glandes muqueuses laryngiennes, leur forme et leur structure, ce qui devait être fait, attendu qu'elles constitueraient le point de départ des kystes, voyons maintenant si nous avons assez de motifs pour en attester la nature.

Et en premier lieu que dans les cas de kystes par moi recueillis, il se traite effectivement de kystes, il ne peut y avoir aucun doute. Et par les dites observations ayant certifié la présence dans le larynx de petites tumeurs creuses remplies de liquide ou de bourbe, séparées des parties voisines par une capsule plus ou moins différente des parties mêmes, nous avons en effet l'idée générale des kystes.

On demande maintenant: les kystes qui se présentent au larynx sont ils kystes de formation nouvelle, c'est-à-dire kystes par ramollissement, ou kystes veritables, vrais kystomes avec Virchow? ou bien sont ils des kystes qui se sont développés dans des espaces formés antérieurement, et dans ce dernier cas, doit-on les attribuer à extravasation, à transsudation ou à la rétention de la sécrétion des glandes mêmes?

Mieux que par des signes extérieurs, la réponse à de telles demandes peut se conjecturer par l'examen des parois et de leur contenu. Un fait principal, caractéristique, je dirai même, par lequel les kystes de nouvelle formation ont une différence avec les kystes qui se sont développés dans des espaces préexistants, est en ceci, que la membrane capsulaire de ces derniers résultant du revêtement de l'espace creux normal qui existait avant, et pour cela de structure très-variée, elle est revêtue d'épithelium à sa surface intérieure, d'espèces differentes selon qu'il s'agisse d'un sac séreux, d'un otricule ou d'autres choses. Tant que l'on trouve cet épithélium l'on peut tenir comme chose certaine qu'il ne s'agit pas de kystes proprement néoformés comme le déclare Lücke (3) et d'autres avec lui. Il est vrai que l'épithélium est sujet à des altérations très-essentielles, quand le sac se détend à cause du surcroît de son contenu; il peut se rarefier, et dans un certain cas, il sera peut être impossible d'en démontrer quelques traces (4). Mais si même cela pouvait devenir un obstacle pour déterminer la nature d'un kyste spécial, le doute disparaîtrait en comparaison d'un ensemble d'observations de kystes divers pour l'ancienneté,

(1) Luschka. *Op. cit.* Taf. VI, fig. IV, 15, 16.
(2) Luschka. *Op. cit.*
(3) *Op. cit.*, pag. 93.
(4) Virchow. *Op. cit.* I Bd., pag. 236.

pour le volume, etc., desquels nous voulons établir une nature et origine identiques. Chaque membrane néoformée au contraire résulte seulement des tissus rejoints, et est en rapport avec son contenu de la même manière qu'une ancienne membrane d'abcès avec son contenu purulent. Elle est la médiatrice entre le contenu et les parties circonstantes (1).

Si nous voulons considérer le contenu des kystes, à l'analyse duquel on a toujours attaché une grande valeur dans l'étude de ces tumeurs, nous le trouvons différent selon le mode de production du kyste même. De sorte que, les kystes de formation nouvelle, s'ils sont la conséquence de rammollissement, ils contiennent les produits des métamorphoses régressives, s'ils sont naturels ils contiennent le plus souvent de la sérosité pure ou altérée; au contraire les kystes qui se sont développés dans des espaces préexistants, contiennent du sang s'ils sont dûs à extravasation, de la sérosité s'ils sont dûs à transsudation, sérosité et fibrine si pour exsudation, et enfin produits de sécrétion s'ils sont dûs à la rétention; produits naturellement différents selon que le kyste est parti d'un organe plutôt que d'un autre. Et non seulement le contenu des kystes de cette dernière espèce, c'est-à-dire de rétention, est très-varié pour la nature différente des substances de sécrétion, mais au lieu d'être inaltérable comme on le croyait une fois, il est au contraire très-variable. Les substances de sécrétion primitivement retenues non seulement changent dans leur composition au point qu'il n'y en a plus aucun reste intact, mais elles peuvent aussi être entièrement absorbées. Et il arrive encore qu'il peut s'y mêler de nouveaux produits de sécrétion, de transsudation, d'hémorrhagie et d'exsudation fournis par la paroi. Virchow fait résulter de ceci l'opportunité que l'on distingue les différentes périodes dans le développement de ces tumeurs. Seulement dans la période initiale, existent dans leur pureté les sécretions spécifiques qui ont servi de vrai point de départ à la formation de la tumeur. Une recherche faite dans les périodes ultérieures montre souvent des substances tout-à-fait nouvelles et différentes qui sont en partie le résultat de la décomposition des substances existantes antérieurement, et en partie fournies consécutivement par la paroi du kyste.

D'après ces idées générales, qui ne sont pas les miennes mais bien celles de Virchow, passons à examiner les observations que j'ai référées plus haut et qui se trouvent complètement développées dans la seconde partie de ce mémoire.

Sans nous occuper des caractères externes de ces kystes parce qu'ils sont d'importance secondaire à en juger par leur nature, et parce que nous préférons les faire ressortir quand il s'agira de la diagnose, parlons directement de la paroi et du contenu de ces tumeurs kystiques. Les données, en effet, que j'ai pu recueillir à ce propos sont rares, mais comme compensation les observations que j'ai faites sont tellement exactes et concordantes que l'on peut en tenir compte.

La tumeur kystique quand elle s'élève du niveau de la muqueuse se trouve couverte dans sa surface par une couche de la même muqueuse, laquelle fut soulevée dans le développement du kyste: cette muqueuse amincie dans son épaisseur présente çà et là une ramification de petits vaisseaux. Au dessous de celle-ci, avec plus ou moins d'adhérence on rencontre la membrane propre

(1) Lücke. *Op. cit.*

constituant le sac kystique. Elle a tantôt l'aspect des membranes de tissu conjonctif et tantôt celui d'une membrane séreuse, transformation causée par un lent procès inflammatoire. Luschka, Wenzel-Gruber, et Eppinger ont institué l'examen microscopique de cette membrane, le premier dans un cas de kyste du repli ary-épiglottique gauche, et dans un autre de la face supérieure de l'épiglotte (1); le deuxième dans un cas de kyste pré-épiglottique (2), le troixième aussi dans un cas de kyste de la face antérieure de l'épiglotte (3), et des observations de ces auteurs il résulte que la dite membrane consiste de tissu conjonctif et que sur sa face interne elle est revêtue d'une simple couche d'épithélium, que particulièrement Wenzel-Gruber décrit comme en partie fusiforme et en partie ronde.

La cavité de ce sac, ordinairement unique, est quelquefois, mais rarement, divisée par des séparations de tissu conjonctif en cellules ne communiquant pas entre-elles, comme il fut décrit par Luschka dans ses deux cas de kystes colloïdes, et comme il fut conjecturé par le Dr. Keller dans un cas de kyste de la face antérieure de l'épiglotte (4). Cette cavité est remplie d'un liquide plus ou moins épais, clair comme de l'eau ou au contraire trouble, visqueux, gélatineux, colloïde; d'autres fois d'aspect tel que rappelle le contenu des vrais athéromes (observations de Schrötter et de Wenzel-Gruber) (5); d'autres fois mêlé de sang ou tout à fait sanguin (observations de Johnson et de Massei) (6). Son analyse a donné des résultats différents. En général on l'a trouvé constitué d'une substance liquide et d'éléments solides. La partie liquide constituée de mucosité plus ou moins altérée; tantôt était très claire, tantôt formait une masse filante, gélatiniforme. On a trouvé peu ou beaucoup d'épithélium dans les éléments solides, tantôt omologues, tantôt transformés ou dégénérés en graisse. On a trouvé en outre quelquefois des noyaux libres, et d'autres-fois des corps colloïdes, de cholestérine, des globules de pus, des globules de sang, et même des concrétions dures (Massei).

Ces différents caractères trouvent leur explication dans la période de développement des kystes, dans leur volume plus ou moins gros, et dans la survenance de spéciales complications. Pour en connaître l'importance, il est nécessaire de distinguer le contenu des kystes de récente formation, de ceux déjà invéterés. Dans les premiers se trouve la partie liquide, la mucosité comme une masse filante, gélatineuse, luisante; les épithéliums sont en petite quantité et seulement dans les tous premiers temps parfaitement omologues. Dans une période ultérieure ils deviennent plus fréquents, altérés dans leur conformation, quelques-uns dégénérés en graisse, d'autres séparés; et c'est alors qu'on rencontre fréquemment des restes de cellules, des noyaux devenus libres, de la matière granuleuse grasse et d'autres substances analogues. D'autres-fois on a remarqué le kyste qui ressemble à un sac séreux rempli d'un liquide très-léger, une hydatide dans le sens précis de la parole; ce qui dénote être avenu probablement une majeure fusion de la mucosité, en partie par transsudation d'eau provenant de la paroi à cause de disaggrégation chimique progressive (7).

(1) V. Deuxième partie. Observ. N. 42, 43.
(2) V. Deuxième partie. Observ. N. 46.
(3) V. Deuxième partie. Observ. N. 65.
(4) *Op. cit.*
(5) V. Deuxième partie. Observ. N. 82, 46.
(6) V. Deuxième partie. Observ. N. 9, 56.
(7) Virchow. *Op. cit.* Bd. I, pag. 237.

Dans d'autres cas le contenu présenta un aspect trouble, gris, vu l'abondance des épithéliums, pendant que pour d'autres encore il se montra blanchâtre, jaunâtre et presque purulent, à cause de la présence de corpuscules muqueux et de globules de pus en conséquence d'irritation des kystes.

Dans un cas le Dr. Massei rencontra dans la cavité d'un kyste laryngien enlevé par lui, un noyau calcaire duquel je ne saurais donner d'autre explication que celle d'une crétification du contenu de ce kyste. Nous ne savons en effet quelles métamorphoses régréssives peuvent intéresser tant la paroi, comme le contenu des kystes; et de la même manière que la crétification prend fréquemment les athéromes, ou dans leur extérieur, en formant une espèce de gousse, ou dans leur contenu interne en formant dans un point isolé des noyaux calcaires, ou dans l'ensemble une masse crétacée; la même chose aussi, il peut advenir dans les kystes susdits, lesquels sont aux muqueuses, comme les athéromes à la peau. Je mentionnerai en dernier lieu comme il fut observé par le même Dr. Massei et par Johnson, que dans deux cas le contenu des kystes était de sang tout pur. Il me semble cependant que ce fait ne soit pas suffisant pour classifier ces kystes dans une espèce particulière. Je croirais plutôt que ce ne fut pas le sang qui a causé le kyste; mais que la rétention de la sécrétion et de la dilatation kystique d'une glande muqueuse en aient été le phénomène primitif, et que l'hémorrhagie seulement après s'y soit ajoutée; ce qui à défaut de données positives, n'exclurait nullement qu'il puisse s'être traité de kystes par extravasation ou même de kystes de différente nature.

Maintenant que j'ai recueilli et coordonné les caractères des kystes que des spécialistes distingués décrivirent isolément dans leurs communications, et que j'ai complété avec les notions générales de pathologie la partie qui n'était pas assez développée par les auteurs, il me semble que l'on peut conclure avec une suffisante certitude que les kystes laryngiens, malgré la diversité de leur apparence peuvent se qualifier ordinairement kystes de rétention de la sécrétion des glandes muqueuses, vrais kystes muqueux. Nous avons constaté que la paroi du kyste était constituée d'une membrane de tissu connectif, revêtue dans sa face intérieure d'une simple couche d'épithélium; ce qui, excluant le kyste néoformé, démontre qu'il se traite de kystes développés dans des espaces préexistants. Nous avons constaté encore que son contenu était particulièrement constitué de mucosité et d'épithélium; et les differentes modifications auxquelles il peut se soumettre bien loin de faire soupçonner une essence diverse, concourent au contraire à en comprouver l'identité, comme celles desquelles la raison d'être est expliquée par l'anatomie pathologique générale. Nous déduisons de tout cela que les kystes laryngiens, conformément à ce que l'on croyait en pratique, ne sont et ne peuvent être que des kystes par rétention, kystes muqueux.

Si les kystes ainsi formés représentent la manière la plus frequente de se développer, cela n'exclut pas qu'exceptionnellement il puisse s'en présenter d'origine différente.

Je ne pourrais exclure que les deux cas de kystes de contenu sanguin observés par les susdits Johnson et Massei fussent de simples kystes d'extravasation au lieu de vrais kystes de rétention. De même je ne veux passer sous silence la possibilité d'une combinaison des kystes avec d'autres tumeurs laryngiennes; de cette combinaison, le plus éloquent exemple nous vient offert par le polype laryngien dans sa signification moderne, c'est-à-dire dans le sens de polype muqueux de Billroth, qui est cette forme spéciale de tumeur causée par l'hy-

perplasie circonscrite de la muqueuse et du tissu conjonctif sous-muqueux, à laquelle prennent part tous les éléments de ces deux couches de tissu; cette forme doit se distinguer essentiellement d'autres tumeurs laryngiennes d'aspect polypoïde (fibrome, sarcome, quelques carcinomes) et que très-rarement se rencontrent dans le larynx. Eh bien! dans quelques cas, du reste assez rares, il arrive que l'hyperplasie de la muqueuse et du tissu sous-muqueux, par le déplacement et le tiraillement des conduits escrétcurs des glandes, en favorise l'ectasie, la transformation kystique; c'est alors que le polype assume le caractère kystique vesiculeux. De même je me souviens que dans cette même année il se présenta à M. le Dr. Labus le cas d'une tumeur laryngienne polylobée laquelle examinée au microscope par le Prof. Visconti fut reconnue un fibrome kystoïde, cas très-rare dont M. Labus n'en a trouvé qu'un seul d'analogue dans l'œuvre classique de Turck où il est classifié fibrome aréolaire. Mais je m'arrête pour ne m'écarter de l'argument, notant seulement que dans les cas de combinaison des kystes avec d'autres tumeurs, la structure en réussissant très-compliquée, il devient difficile d'en reconnaître la nature et la manière de formation. Cependant l'on ne doit pas perdre de vue qu'ordinairement dans ces cas aussi il s'agit de kystes de rétention des glandes muqueuses dont les conduits escréteurs sont déplacés, étirés et comprimés par la tumeur même comme dans les polypes muqueux; sauf les cas où il s'agit de kystes de formation nouvelle, tant naturels que par ramollissement, ou ceux dans lesquels on trouve réunis des kystes d'origine et de nature diverse, comme j'inclinerais à croire qu'il en est dans le cas de fibrome kystoide du Prof. Labus.

Arrivés à ce point il est intéréssant que l'on voie de quelle manière les kystes laryngiens se produisent.

Ceux-ci naturellement s'approchent du mode d'origine propre à tous les kystes de rétention.

La production d'un kyste aux dépens d'un canal antérieurement ouvert, de telle manière que la paroi du canal devient la paroi du kyste, suppose l'occlusion de l'orifice ou d'une partie du canal; ce qui peut arriver en bien des manières différentes et pour bien des causes, lesquelles en rapport à notre cas se réduisent plus fréquemment à l'atrésie ou à l'oblitération et moins fréquemment à l'obturation du dit canal à cause de l'altération de la sécrétion glandulaire augmentée d'épaisseur ou de quantité.

Pour donner une explication aux phénomènes indiqués, j'observe avant tout que dans l'histoire des cas que j'ai examinés, l'on constate souvent la présence du catarrhe pharyngo-laryngien chronique, ou d'une manière explicite, ou on doit l'argumenter des souffrances accusées par le malade; et par conséquent ou par la diffusion du procés flogistique aux petits conduits glandulaires ou simplement pour la prolifération et l'épaississement de la muqueuse, avec les suites de rétraction, ou finalement pour l'augmentation ou modification de la mucosité sécrétée, toutes conséquences du catarrhe chronique, on pourra avoir l'oblitération, ou l'atrésie des conduits glandulaires, ou leur complète occlusion. Cette condition selon le jugement de Virchow doit advenir beaucoup plus rarement dans les glandes muqueuses que dans les follicules des poils parce que dans les premières le produit de sécrétion et plus mou, plus mobile, et facilement éliminable (1). Quelle que soit la manière par laquelle l'escré-

(1) Virchow. *Die Geschwülste.* I Bd. S. 234.

tion de la sécrétion devient difficile ou empêchée, cette dernière en s'accumulant fera la dilatation; l'ectasie des conduits excréteurs et des glandes mêmes donnera origine au kyste par rétention. Il ne faut pas croire que l'augmentation de volume à laquelle la glande est sujette à cause de l'accumulation de la sécrétion dépende de l'augmentation réelle du tissu du parenchyme glandulaire, qu'au contraire à toutes les rétentions de degrés notables, il s'y associe habituellement une atrophie passive du tissu glandulaire même (1).

La nature des kystes laryngiens et le mode de leur formation étant exposés, passons à examiner quel est leur siége de prédilection. Selon ce qu'on a dit, la plus grande fréquence des kystes devrait être là où se rencontrent en plus grand nombre les glandes muqueuses et où elles ont davantage la liberté de s'étendre.

Des 85 cas par moi recueillis, j'en trouve 41 aux cordes vocales, 37 à l'épiglotte, 2 dans le ventricule de Morgagni, 2 au repli ary-épiglottique gauche, 1 à la paroi laryngienne postérieure tout près du cartilage santorinien droit, 1 devant le cartilage arytenoïdien gauche, 1 dans la région du cartilage de Wrisberg. De ce résultat, l'on devrait conclure au premier abord que les kystes laryngiens se développent avec la même fréquence aux cordes vocales qu'à l'épiglotte, que très-rarement ils se présentent dans le ventricule de Morgagni et aux plis ary-épiglottiques; et tout-à-fait exceptionnellement dans d'autres parties du larynx. Ce résultat s'éloigne beaucoup des conclusions faites par d'autres observateurs: Tobold sur 23 cas de kystes laryngiens en trouva 22 aux cordes vocales, et 1 seul à l'épiglotte (2). Beschorner sur 45 cas (dont 2 seulement furent observés par lui) en attribue 14 seulement à l'épiglotte, et les autres aux cordes vocales (3). Plus récemment Eppinger place plus fréquemment les kystes dans le ventricule de Morgagni, plus rarement à l'épiglotte (4); ce qui me surpris vraiment, car dans mes 85 cas de kystes, je n'en pu trouver que deux dans le ventricule de Morgagni, et bien 37 à l'épiglotte.

Mais ce qui doit arrêter davantage notre attention, c'est la production de ces kystes et avec tant de fréquence aux cordes vocales inférieures, là justement où selon les études encore plus récentes de Luschka (5) la muqueuse serait tout-à-fait dépourvue de glandules. Il est vrai, comme je l'ai déjà dit, que Coyne en aurait au contraire affirmé la présence; mais si dignes d'éloges que soient les observations instituées par lui, j'éprouverais trop de répugnance à leur sacrifier les consciencieuses constatations de Luschka et d'autres anatomiques allemands fameux pour leurs scrupuleuses recherches scientifiques.

Le première conséquence qui dériverait de l'opinion de Luschka serait que n'existant pas de glandes dans la muqueuse des cordes vocales inférieures, il ne se présenteraient pas de kystes muqueux dans cette localité, lesquelles, en fin de compte, sont les mêmes glandes transformées en kystes.

Le doute que plusieurs observateurs échangéaient une forme avec l'autre, comme par exemple Schrötter a soupçonné (6) que les cas publiés par Tobold

(1) Cohnheim. *Patologie de la nutrition*, pag. 413, 414.
(2) *Laryngoskopie*, Berlin, 1874. *Neubildungen im Larynx.*
(3) *Op. cit.*
(4) *Op. cit.* pag. 229.
(5) *Op. cit.*
(6) *Medizin. Jahrbücher*, XII Bd. 1866.

sous le nom de kystes colloïdes des cordes vocales fussent autant de polypes muqueux, ne serait pas suffisant pour ôter l'apparente contradiction (1). Admise la possibilité de cette erreur, l'on n'arriverait pas à une explication suffisante; puisque il est bien vrai que l'on trouve fréquemment dans les polypes muqueux de petits espaces remplis de liquide; mais, comme il fut déjà dit, ces espaces ne sont autre chose que des kystes de rétention, de dilatation des conduits glandulaires et des glandes contenues dans le polype même. Et si dans la muqueuse des cordes vocales inférieures il manque en effet les glandes, si dans le tissu sous-muqueux des mêmes manque toute trace de substance glandulaire; bien qu'il s'y développe un polype, qu'il advienne même une hyperplasie circonscrite de la muqueuse et du tissu sous-muqueux des cordes vocales inférieures, bien que tous les éléments de ces deux couches prennent part à la dite hyperplasie; dans ce polype, il n'y aura aucune glande, ni une transformation kystique de la même.

Il y aurait une seule manière d'expliquer la chose, et c'est la suivante. — Il résulte des recherches microscopiques du Prof. Waldeyer et du Dr. Gottstein (2) communiquées au Prof. Sommerbrodt que les glandes muqueuses néoformées normalement à une certaine distance et en dessous de la marge libre des cordes vocales, dans des cas rares, soulèvent vers la même marge leur tube glandulaire jusqu'à la rejoindre. Il est donc possible que dans ces circonstances dans lesquelles les tubes glandulaires ont une direction anormale, les glandes muqueuses fournissent la base de la formation du kyste aux cordes vocales inférieures. Cette démonstration ingénieuse et basée sur des faits anatomiques vient justement présentée par le Prof. Sommerbrodt, pour expliquer les cas de kystes observés par lui aux cordes vocales.

Mais si d'un côté, l'on comprend très-bien comment les tubes glandulaires, quand ils se trouvent dans les conditions susdites peuvent devenir tout autant de points de départ des kystes; toutefois on s'étonne que la plus grande fréquence des kystes doive se trouver justement là où manquent les glandes, et où seulement par éventualité il peut surgir quelques tubes glandulaires. Si des études ultérieures, auxquelles moi même je désire me dédier, pouvaient assurer les recherches anatomiques de Coyne, la question serait éliminée; les kystes aux cordes vocales auraient la même explication des kystes placés ailleurs dans le larynx; l'organisation défavorable de la muqueuse des cordes vocales en rapport au catarrhe (Hopman) (3) et le travail continuel auquel elles sont obligées en justifierairent la plus grande fréquence.

En recherchant la prédilection pour des endroits spéciaux démontrée par les kystes, et en m'occupant spécialement de ceux qui se présentent à l'épiglotte et aux cordes vocales inférieures, j'observe que les premiers ont pour siége de prédilection la superficie antérieure, puis la marge, et en dernier lieu la superficie postérieure de l'épiglotte; et que les seconds habituellement occupent la marge, rarement la superficie de la corde vocale; que plus fréquemment ils se présentent sur la corde vocale droite, au lieu de la gauche, différence numérique cependant de peu d'importance, et qu'enfin ils apparaissent plus dans la moitié antérieure que dans la postérieure des dites cordes, ne

(1) *Op. cit.*
(2) *Breslauer ärztl. Zeitschrift.* N. 1, 1880.
(3) *Archiv für klin. Medizin.* XVIII, pag. 319.

laissant pas ainsi entrevoir le rapport entre l'endroit de leur apparition et les nœuds de vibration des cordes vocales, originairement référés par Klebs et par Schnitzler (1), que cependant il semble exister pour les fibromes, lesquels justement pour cela sont par ces derniers appelés aussi nœuds inflammatoires. (Entzündungsknoten)

Ces considérations cependant doivent être accueillies avec une grande réserve, spécialement relativement aux cordes vocales, attendu que dans plusieurs histoires cliniques par moi recueillies, il n'est pas mentionné le point précisément occupé par le kyste.

Un autre fait très-notable est que les kystes les plus volumineux occupent d'ordinaire la superficie antérieure de l'épiglotte et la fosse glosse épiglottique.

Dans les 85 cas que j'ai recueillis j'en trouve bien 10 de la grandeur d'une noisette ou d'une cerise et ceux-ci tous dans la susdite localité. Tels sont les cas désignés par Rauchfuss, par Schrötter, par Mackenzie, par Oertel, par Beschorner, par Keller et par Luschka et deux autres cas trouvés de même par Schrötter et que j'ai relevé des registres de sa clinique (2).

D'ailleurs je ne crois qu'on puisse attribuer au seul hasard le fait que les kystes volumineux jusqu'à présent aient été rencontrés presque toujours dans la même région; puisque leur fréquence fait plutôt supposer une raison d'être, ou dans de particuliers rapports anatomiques ou dans un plus grand espace.

Luschka (3) parlant de la région thyréo-hyoïdienne fait observer que tant la face antérieure libre de muqueuse de la portion infrahyoïdienne du cartilage épiglottique, comme l'extrémité antérieure des plis ary-épiglottiques, ne sont pas en contact immédiat avec la membrane thyréo-hyoïdienne; pendant qu'ici existe un espace qui par ses affinités peut être indiqué comme interstitium thyreo-hyo-epiglottieum. Cet interstice s'étend des deux côtés jusqu'à la plus grande divergence des deux surfaces muqueuses du repli ary-épiglottique là ou la page interne du repli qui limite le vestibule du larynx s'étend en avant plus de la page latérale, et seulement cette dernière après s'être éloigné de deux centimètres et demi de la ligne médiane se replie et finalement arrive en contact immédiat avec la membrane thyréo-hyoïdienne. Cet interstice, qui à première vue, se présente comme un amas adipeux, épais, omogène, d'après un examen diligent l'on reconnait par une cavité limitée par trois parois avec contenu étérogène. La paroi supérieure est formée par la membrane hyo-épiglottique; la paroi antérieure par la membrane thyréo-hyoïdienne avec la partie contigue du cartilage thyréoïde et la paroi postérieure dans sa partie médiane par la surface antérieure du cartilage épiglotte, à droite et à gauche en haut par le repli pharyngo-épiglottique, en bas par l'extrémité antérieure qui petit à petit se replie sur les côtés du repli-ary-épiglottique. Le contenu de cette cavité est constitué principalement par un tissu cellulaire souple, riche de substance adipeuse traversé par des branches de l'artère laryngienne supérieure et par des rameaux du nerf du même nom, dans lequel outre à plusieurs glandes muqueuses acineuses se rencontrent aussi ordinairement deux ou trois bourses muqueuses de

(1) *Wiener med. Presse,* 1874, N. 50, 51 — 1875, N. 5.
(2) V. Deuxième Partie. Obs. N. 8, 10, 40, 41, 45, 48, 57, 43, 70, 72.
(3) *Anatomie des menschlichen Halses* 1862, pag. 262.
Das Hygroma hyo-epiglotticum. Virchow's Archiw, 30 Bd. 1864.
Der Kehlkopf des Menschen, 1871.

la grandeur d'un pois, lesquelles quelquefois se réunissent en une seule plus grande, qui présente dans sa cavité des cloisons incomplètes (borsa mucosa hyo-epiglottica). Ces bourses muqueuses donc qui se rencontrent à peine au-dessous de la membrane hyo-épiglottique, c'est-à-dire au-dessous de la muqueuse du repli glosso-épiglottique, dans la fosse du même nom, peuvent dans certaines circonstances subir une dégénération hygromateuse, et se transformer en conséquence en tumeurs kystiques de differentes grandeurs; lesquelles en augmentant doivent trouver un point de sortie où il y a moins de résistance c'est-à-dire à la paroi supérieure de l'interstice thyreo-épiglottique.

Un pareil cas fût en effet observé par Luschka (1). Dans le cadavre d'un homme de 40 ans une des bourses muqueuses susmentionnées s'était transformée en un kyste, de la grandeur d'une noisette, rempli de liquide synovial, en un vrai hygrome, lequel s'était formé une voie à travers la membrane hyo-épiglottique et avait surpassé la marge supérieure du corps du hyoïde. Luschka, en examinant dans un autre but l'extrémité postérieure de la langue dans sa position naturelle et avec ses rapports normals, il observa tout près du repli glosso-épiglottique médian une tumeur assez tendue, ronde, un peu transparente qui fut jugée par lui à première vue un kyste muqueux. Un examen diligent fit connaître que le point de départ était bien plus profond, et il ne pouvait avoir des doutes sur l'origine et la nature de la tumeur, car il avait acquit la conviction de l'existence normale des bourses muqueuses dans l'interstice thyréo-hyo-épiglottique.

De tout ce que l'on a dit il résulte que dans la fosse glosso-épiglottique il peut se présenter des hygromes des bourses muqueuses hyo-épiglottiques; et que ces hygromes peuvent faire saillie et envahir dans leur successif accroissement une grande partie de la face antérieure de l'épiglotte. Admise cette possibilité, l'on demande si les grands kystes épiglottiques, desquelles on vient de parler, au lieu d'être de vraies kystes de rétention, soient au contraire des hygromes de bourses muqueuses hyo-épiglottiques.

M. Keller de Cologne se déclare très-disposé à admettre cette dernière interpretation et le cas étudié par lui, concourt vraiment à la justifier.

En effet le siége, la grandeur du kyste observé, la difficulté à le vider complètement par l'incision pratiquée parce qu'il était subdivisé en cellules, les récidives nombreuses et la rapide reproduction du contenu kystique qui ne pouvait être empêchée par une énergique cautérisation du sac (2), tout cela prouvait qu'il s'agissait plutôt d'un hygrome que d'un kyste muqueux.

Mais dans les autres neuf cas de grands kystes épiglottiques que j'ai réuni, sauf celui de Luschka (3), je ne trouve pas l'ensemble des caractères indiqués par Keller, c'est-à-dire ni la difficulté de vider complètement le sac par l'incision pratiquée, ni les faciles récidives; et je trouve que Luschka lui-même, après un examen microscopique, a qualifié le cas par lui référé, comme un vrai kyste colloïde, lequel ne se vida pas complètement après l'incision, car on a constaté qu'il se trouvait divisé en cellules.

Les conclusions données avec tant de vraisemblance par Keller, c'est-à-dire que les grands kystes de l'épiglotte puissent avoir pour base une formation hy-

(1) Virchow's *Archiv.* 30 Bd. 1864, pag. 234.
(2) *Monatsschrift für Ohrenheilkunde, etc.* Berlin 1879. Partie II, Cas. N. 57.
(3) Partie II. Cas. N. 43.

gromateuse, sont justifiées en cela seulement que, dans la région en discours, elles peuvent se présenter tantôt comme de vrais kystes muqueux, tantôt comme de simples hygromes de la bourse muqueuse hyo-épiglottique, desquels la distinction ne pourra jamais se faire sans l'aide du microscope.

Les kystes muqueux, qui comme nous l'avons vu, sont favorisés dans leur développement par le catarrhe pharyngo-laryngien chronique, naturellement reconnaissent pour cause les mêmes agents qui donnent lieu au catarrhe, mais je ne veux pas ici en faire l'énumération pour ne pas trop m'éloigner de l'argument que je me suis proposé. Seulement je rappellerai que comme les catharres pharyngo-laryngiens chroniques sont plus fréquents chez les adultes et chez les hommes, car ils sont exposés davantage aux causes qui les originent, de la même manière chez ceux-ci on rencontre de préférence les kystes.

De mon recueil il résulte en effet que 23 cas de kystes étaient chez les femmes, 62 chez les hommes. Par rapport à l'âge, le nombre le plus fort est entre la 20.me et 50.me année de vie; tandis que le plus jeune avait 11 ans (1) et le plus vieux 63 (3).

Les manifestations auxquelles donnent lieu les kystes du larynx sont communes avec celles des autres tumeurs de cet organe. Par conséquent les auteurs de laryngoscopie, en considérant les kystes du point de vue clinique, ont bien fait à les classifier dans la famille des tumeurs du larynx: tandis que du point de vue anatomique on ne peut les confondre avec les vraies tumeurs dans la signification que leur a donné Cohnheim, qui les définit une néoformation atypique de tissu par disposition embryonnale.

En appréciant les symptômes provoqués par la présence d'un kyste il faut d'abord distinguer le plus possible ceux qui en sont un effet direct, de ceux qui proviennent du catarrhe qui l'accompagne. Les symptômes naturellement sont différents selon le siége du kyste.

Les kystes de l'épiglotte, du moins d'après les observations faites jusqu'à présent, donnent lieu à des phénomènes naturellement proportionnés au volume du kyste; mais ces phénomènes presque toujours sont si légers qu'ils peuvent passer inaperçus, même lorsque les kystes ont pris un volume considérable comme dans le cas de Beschorner (4), lequel constata accidentellement un kyste gros comme une cerise à la face antérieure de l'épiglotte chez un maître d'école qui après avoir souffert de typhus, s'était présenté chez lui pour savoir s'il pouvait reprendre ses occupations. Cet homme n'avait ni dyspnée, ni toux, ni enrouement; rien enfin qui pût faire soupçonner une affection laryngienne.

Généralement cependant dans les grandes kystes de l'épiglotte nous trouvons mentionné la difficulté d'avaler tantôt les solides, tantôt les liquides, mais toujours sans douleur; sensation de corps étranger fixe ou mobile, continue ou seulement pendant la toux et la déglutition; impossibilité de reposer sur le côté opposé au kyste lorsqu'il est péduncolé; enrouement, sensation de sécheresse à la gorge, toux, très rarement accès de soffocation (Scheff), jamais ou presque jamais difficulté de respiration.

Quant aux kystes des cordes vocales inférieures, les désordres fonctionnels

(1) Observ. de Durham. Voir II Partie N. 6.
(2) Observ. de Schrötter. Voir II Partie N. 68.
(3) Voir Partie II Observ. N. 48.

provoqués par eux sont tout à fait analogues à ceux produits par la présence de petits polypes muqueux; tels que altération de la voix, trouble de la fonction de la respiration, toux, etc., dont je crois superflu de parler en particulier.

Quant aux cas des kystes observés dans les ventricules de Morgagni, à la paroi postérieure du larynx près du cartilage de Santorini droit, à la surface antérieure du cartilage aryténoïde droit, à la région du cartilage de Wrisberg, au repli ary-épiglottique gauche, les observations sont si peu nombreuses que l'on ne peut en tirer aucune conclusion sur leurs manifestations; seulement l'on peut supposer qu'elles soient analogues à celles données par d'autres tumeurs de différente nature mais de même grandeur et ayant le même siége.

De l'ensemble des désordres fonctionnels susdits on comprend qu'il est impossible de formuler une diagnose exacte non seulement d'un kyste mais d'une tumeur quelconque; par conséquent il est nécessaire une exploration directe.

Lorsqu'il s'agit de kyste de l'épiglotte l'exploration peut-être simplement digitale; pour les kystes dans d'autres points il est indispensable de se servir du laryngoscope.

L'exploration digitale, qu'on croirait le moyen le plus facile et naturel, est trop rarement usitée, et plusieurs ne savent pas même qu'avec la pointe de l'index on peut toucher l'épiglotte et la voir à oeil nu sans laryngoscope. Il faut cependant un exercice particulier pour acquérir un toucher suffisant et pour juger de suite de l'état des parties. On peut se servir de ce moyen lorsqu'on n'a pas à sa disposition un laryngoscope lequel doit cependant servir toujours de contrôle à l'exploration digitale à ceux qui n'ont pas acqui la suffisante expérience dans un pareil genre d'investigation. Dans quelques uns des cas de kyste à la surface antérieure de l'épiglotte que j'ai référés, l'exploration digitale en avait constaté la présence même avant l'emploi de laryngoscope.

Avec le laryngoscope on trouve que les kystes de différente grandeur depuis une tête d'épingle jusqu'à une cerise, qui font saillie plus ou moins sur le niveau de la muqueuse, avec une base large s'ils sont petits et souvent pedonculé s'ils sont gros, donnent l'image de tumeurs sphériques, ou ovales, ou sémispheriques, ou fusiformes, lisses, transparentes et souvent diaphanes. Les plus petits ont la couleur de la muqueuse où ils sont placés; les plus grands se font toujours plus pâles et luisants comme de l'eau; d'autres au contraire ont une coloration grisâtre, jaunâtre ou rouge sale ressemblant à leur contenu plus ou moins épais, plus ou moins modifié. L'exploration avec la sonde aide beaucoup pour l'examen. Par celle-ci on peut connaître le point de départ du kyste, s'il fait partie des tissus environnants, sa consistance, car par la pression faite sur le corps élastique du kyste il doit rester un enfoncement plus ou moins marqué selon son degré de tension.

Ce sont les petits kystes aux cordes vocales inférieures qui peuvent présenter quelques difficultés dans leur diagnostic. Nous avons cependant dans ce cas des caractères qui nous aident à les connaître. En effet, les kystes des cordes vocales paraissent ordinairement à la marge de la corde et très rarement à la surface, comme des grossissements fusiformes ou des petits noeuds de couleur blanche tendineuse tout à fait égale à celle de la corde à laquelle ils adhèrent, chose que l'on observe difficilement dans les tumeurs d'autre nature. En outre si on les touche avec la sonde, ils se présentent élastiques et si cela ne suffit, on pourrait, selon le conseil donné par Sommerbrodt, pratiquer une piqûre laquelle devrait laisser sortir une petite goutte de liquide clair, luisant

avec l'immédiate disparition de la tumeur et des désordres fonctionnels soutenus par elle; piqûre, du reste, qui ne peut porter aucun dommage dans le cas qu'il s'agîsse d'une tumeur solide. Il résulte de toutes ces considérations que l'ont peut diagnostiquer avec suffisante surêté même les kystes des cordes vocales.

Les kystes ont un développement très lent; lorsqu'ils ont rejoint un certain volume ils peuvent rester stationnaires, ou bien croissant toujours il peut s'en suivre la perforation du kyste et l'évacuation de son contenu à cause de l'amincissement et de l'atrophie de la paroi et des parties environnantes.

De cette manière quelquefois le kyste peut disparaître pour se remplir de nouveau ou pour guérir définitivement. C'est aussi à cause de l'amincissement et de l'atrophie de la paroi du kyste que lorsqu'il y a plusieurs conduits glandulaires dilatés l'un près de l'autre, peu à peu ils se réunissent; c'est ainsi que plusieurs petits kystes se transforment en un seul plus grand, c'est ce qui arrive dans les grands kystes divisés en cellules.

Si les parois des kystes avec leur accroissement s'amincissent et s'atrophient il peut arriver aussi que, à cause de l'accumulation excessive du contenu ou de l'irritation propagée des parties voisines, ils s'enflamment, s'exulcèrent et laissent échapper leur contenu, passant à guérison. Des autres altérations que dans leur période de vie les kystes peuvent subir nous en avons déjà parlé plus haut.

Quoiqu'en général la présence d'une tumeur dans le larynx soit toujours une affection de quelque importance, cependant le pronostic des kystes laryngés est des plus favorables. Cela tient d'un côté à leur exceptionnelle benignité n'apportant que des souffrances momentanées, à leur disparition spontanée et à leur difficile récidive après les avoir incisé artificiellement, et une fois disparus ne laissent après la moindre trace; d'un autre côté à cause des progrès de la laryngoscopie le traitement en est facile, sans conséquences nuisibles pour l'individu qui en est atteint. Le pronostic est favorable non seulement pour la vie car si avant l'introduction du laryngoscope Delormes (1), Pravaz (2), Schüssler (3), rappellent des cas de mort pour kystes laryngés, cela n'est plus à craindre aujourd'hui, mais aussi est favorable pour tous les autres désordres fonctionnels et spécialement pour la voix.

Le traitement des kystes laryngés ne peut être que chirurgical. Avec celui-ci l'opérateur se propose de vider le kyste et d'empêcher la récidive et s'il est possible de l'exporter par les voies naturelles.

Différents ont été les instruments employés par les divers opérateurs; différents aussi les procédés opératoires et cela naturellement selon le siége, la grandeur ou autres circonstances. Généralement on retient suffisant pour les petits kystes une simple piqûre ou incision avec le couteau lancéolé. S'ils sont très petits et placés sur le bord des rubans vocaux on peut les prendre et arracher avec une pince mordente (polypenquetscher). Pour les kystes d'un volume plus grand on fait suivre à l'incision la cautérisation avec du nitrate d'argent ou avec le galvanocautère, chose que pour une plus grande précaution plusieurs

(1) Voir Partie II. Observ. 1.
(2) Voir Partie II. Observ. 3.
(3) Voir Partie II. Observ. 4.

opérateurs font même pour les petits kystes; ou l'on pratique l'injection d'un liquide irritant comme, par exemple, la teinture de jode, et moi-même j'ai vu le Prof. Schrötter s'en servir dans un cas de kyste du repli ary-épiglottique gauche avec un heureux résultat (1). On peut facilement arracher les kystes péduncolés ou avec la pince laryngienne ou avec l'écraseur; ou on peut les enlever avec la galvano-caustique.

Je crois utile d'ajouter que dans le cas d'individus très-intollérants, où l'on ne peut opérer par voie endo-laryngienne, on pourrait se servir de la méthode percutanée suggérée par le Prof. Rossbach, avec laquelle il est réussi à opérer un kyste à l'angle de conjonction antérieure des cordes comme on le trouve communiqué dans la *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1880, N. 5.

Il est naturel que l'opérateur, selon les différentes circonstances devra, dans le choix du moyen suivre les règles pour le traitement des autres tumeurs laryngées.

De l'ensemble des considérations données plus haut il me semble que l'on puisse déduire les conclusions suivantes:

1.° Les kystes laryngés sont déterminés par la rétention du secret des glandes muqueuses;

2.° Rarement ils sont de nature diverse ou combinés avec d'autres tumeurs;

3.° Les kystes laryngés ne sont pas si rares et exceptionnels comme on a cru jusqu'à présent;

4.° La condition qui ordinairement en favorise le développement est le catarrhe pharyngo-laryngien chronique;

5.° L'épiglotte et les cordes vocales en sont le siége de prédilection;

6.° Les kystes les plus gros se présentent à la surface antérieure de l'épiglotte et dans la fosse glosso-épiglottique;

7.° On peut facilment confondre ceux-ci avec l'hygrome des bourses muqueuses hyo-épiglottiques;

8.° Les causes qui provoquent le catarrhe pharyngo-laryngien chronique favorisent indirectement le développement des kystes;

9.° Les kystes sont pourtant plus fréquents dans les hommes et dans les adultes;

10.° Les manifestations auxquelles ils donnent lieu sont celles propres aux autres tumeurs laryngées, différentes selon le siége et la grandeur mais ordinairement légères.

11.° La diagnose se fait de l'exposition des désordres fonctionnels mais s'appuie sur l'examen laryngoscopique;

12.° L'exploration digitale de certains cas de kystes de l'épiglotte peut substituer le laryngoscope;

13.° Il n'est pas rare que les kystes disparaissent spontanément

14.° La prognose est toujours favorable.

15.° Le traitement se réduit à vider le kyste, et à en empêcher la récidive opérant par les voies naturelles.

(1) Voir Partie II. Observ. 83.

PARTIE II.

J'ai réservé à la deuxième partie de mon travail un abrégé des cas recueillis ou observés par moi, dont je me suis servi pour les susdites considérations et cela pour être bref et pour épargner l'ennui de les chercher à celui qui désirait les examiner plus attentivement.

1.er Cas. — *Kystes de l'épiglotte.*

Homme de 44 ans déjà autrefois malade, au présent souffrant depuis 9 à 12 jours. Il se plaint de difficulté de respiration. Respiration sifflante bruyante soit dans l'inspiration comme dans l'expiration, visage pâle ictérique, déglutition difficile, sensation d'embarras dans la gorge. Plus tard le bruit respiratoire disparut. Le 40e jour on le trouva mort dans son lit. L'autopsie démontra à la partie inférieure et postérieure de l'épiglotte, là où s'interne dans le larynx deux petites vessies ovales, semi-transparentes de la grandeur d'une noisette qui bouchaient complètement la glotte. En les touchant, une d'elles éclata laissant sortir une substance albumineuse, gluante, floconneuse. (Observ. de Delormes: *Journal général de la Soc. de Méd. de Paris.* Janvier 1808).

2.me Cas.

Une femme souffrait depuis 4 ans d'aphonie et de violents accès de suffocation; elle expulsa plusieurs morceaux charnus qui contenaient un liquide semblable au corps vitré. (Observ. de Rénard: *Journ. de méd. de Leroux.* Tom. 31, pag. 136).

3.me Cas. — *Kyste du ventricule de Morgagni droit.*

Un homme fut amené à l'hôpital en état d'asphyxie et y mourut huit jours après. A l'autopsie on rencontra au-dessous de l'épiglotte deux vessies transparentes de la grandeur d'une noix qui remplissaient de préférence le ventricule de Morgagni droit (Observ. de Pravaz: Lebert. *Traité d'anatomie.* Tom. I, pag. 600).

4.me Cas. — *Kyste dans la région du cartilage de Wrisberg.*

Une petite fille d'un an, vers la fin de septembre 1846, fut prise d'une violente toux, sifflante, aboyante, semblable à celle du croup, et avec celle-ci cracha une petite vessie ronde luisante. En décembre de la même année, pendant le décours d'une rougeole, les accès de suffocation réapparurent et elle cracha pour la seconde fois un kyste sans en avoir soulagement. Le kyste examiné par Schüssler, ressemblait à une vessie de la grandeur d'un pois, et était rempli d'un liquide aqueux Après avoir fait sortir le liquide, le kyste se réduisit à un cilyndre membraneux mince qui à l'extrémité saignante terminait avec deux appendices qui le fixaient à la muqueuse et à l'autre extrémité, conformée en massue, il y avait des villosités. Comme vessie il aurait pu se mouvoir librement dans le larynx. L'enfant décéda le 31 juin 1847. A l'autopsie là où l'épiglotte reste fixée à la surface postérieure du cartilage thyreoide, c'est-à-dire au dessus de la glotte aux côtés de la racine de l'épiglotte on y trouva deux autres semblables kystes, adhérents à la muqueuse par des filaments minces, de la grandeur seulement d'une graine de chanvre, ovales et remplis d'un liquide aqueux. (Observ. de Schüssler: *Würthemb. Corresp. Bl.* 1848, N. 10).

5.me Cas. — *Kyste de la corde vocale droite.*

Femme de 38 ans souffrante d'aphonie, de dyspnée et de recourants accès de suffocation. L'auteur constata dans l'intérieur du larynx une tumeur ronde qui remplissait

la plus grande partie de la portion postérieure de la glotte et qui devait avoir son origine ou de la corde vocale droite ou du ventricule droit. L'auteur après plusieur essais réussit à enlever cette tumeur moyennant l'écraseur et il obtint la guérison. (Observ. de Gibb: *Diseases of the Throat.* II édit., pag. 154).

6.me Cas. — *Kyste de l'épiglotte.*

L'auteur a guéri une petite fille d'11 ans d'un kyste de l'épiglotte, moyennant l'incision. (Observ. de Durham: *Medico-chirurgical Transactions,* 1863, cit. par Mackenzie et Rauchfuss).

7.me Cas. — *Kyste du ventricule de Morgagni droit.*

Homme de 64 ans souffrant depuis beaucoup de temps d'enrouement, qui s'empirait de temps à autre jusqu'à l'aphonie. Moyennant le miroir laryngien l'Auteur est réussi à voir une tumeur tendue transparente grise qui avait la forme d'une émisphère d'environ 8 mill. de diamètre, et qui de la partie antérieure du ventricule de Morgagni droit s'avançait dans le segment médian de la cavité laringée. Le tumeur avec sa partie inférieure un peu aplatie, s'appuyait sur la corde vocale inférieure droite, tandis qu'avec son extrémité supérieure, très courbée, avait soulevé la corde vocale supérieure droite et l'avait tirée vers le milieu de la cavité laryngée. Le corps principal de la tumeur occupait le ventricule de Morgagni droit dans lequel elle s'étendait en haut jusque près de la marge libre, du repli ary-épiglottique. A la suite d'une incision de la tumeur il en sortit une substance épaisse de couleur grise sâle, semblable à une mucilage. Se vidant le contenu et se rétrécissant la paroi de la tumeur la voix revint claire, forte et sonore. (Observ. de Bruns: *Die Laryngoskopie, etc.* Tübingen 1865. XII Beobach. Voir Fig. 11).

8.me Cas. — *Kyste de l'épiglotte.*

Homme de 50 ans lequel avait souffert antérieurement de syphilis constitutionnelle, mais libre au moment de manifestation quelconque. Il remarquait depuis plusieurs mois la sensation d'un corps étranger qui se mouvait dans la gorge surtout dans l'acte de la toux et de la déglutition; sensation qui se faisait plus gênante lorsqu'il se posait sur le côté droit et même lui empêchait de dormir sur ce côté. Déjà à la simple inspection du pharynx l'Auteur put voir dans le mouvement de déglutition, postérieurement à la racine de la langue, monter la partie supérieure d'une tumeur ronde et rouge. Avec le miroir il a pu constater en effet l'existence d'une tumeur ronde, grosse comme une noisette, couverte de la muqueuse, qui occupait la fosse glosso-épiglottique.

L'ayant tirée en dehors et en haut avec la pince pour l'épiglotte de Bruns, on trouva qu'elle originait du côté gauche de la fosse et de la surface antérieure de l'épiglotte dont elle avait tirée la muqueuse après elle, formant un pli comme un pédoncule. L'exploration avec la sonde donnait une consistance plutôt remarquable de la tumeur comme si c'était un fibrome. Dans une séance ultérieure à la place de la tumeur l'on voyait un pli de muqueuse vide: le contenu s'était probablement vidé à la suite du tiraillement repliqué du kyste avec une pince dentelée. De larges incisions du sac rétréci moyennant les ciseaux laryngées et plusieurs cautérisations de sa surface interne, avec le nitrat d'argent, amenèrent la guérison complète. (Observ. de M. Rauchfuss: *St. Petersburg. Med. Zeitschrift.* 8 Bd. 3 Heft., pag. 185, 1865).

9.me Cas. — *Kyste à la commissure antérieure.*

Homme de 50 ans souffrant d'enrouement. L'Auteur comme cause de cette souffrance constatait un kyste vasculaire à l'insertion antérieure des cordes vocales, il en fit l'excision avec l'écraseur et en obtint la guérison. La paroi de ce kyste était mince et membraneuse, le contenu séro-sanguin. (Observ. de M. Johnson: *Transactions of Medico-Chirurgical Society.* Vol. II, Case 2, cit. par Mackenzie).

10.me Cas. — *Kyste de l'épiglotte.*

Un homme de 54 ans, souffrant depuis deux mois de catarrhe laryngo-bronchial était devenu aphone. A l'examen avec le miroir l'Auteur constata que la muqueuse laryngienne était rouge et gonflée et qu'il y avait une perte de substance aux bords des cordes vocales (rétraction cicatricielle). L'épiglotte un peu comprimée de droite à gauche avec son bord libre très plié en avant montrait dans sa moitié gauche, à peine à l'externe du repli glosso-épiglottique médian une tumeur de la grandeur d'un pois de couleur grise, transparente, s'approchant à la forme d'une vessie de poisson. A l'exploration avec un très mince cathéther anglais courbé, la tumeur se démontra consistente, mobile seulement dans son extrémité libre et plus profonde de ce qui avait paru d'abord. Avec une siringue de Pravaz modifiée exprés dans sa longueur et dans la forme de la canule, on a extrait de la tumeur, déjà reconnue comme un kyste, quelques gouttes d'un liquide gluant, jaunâtre sans élements morphologiques caractèristiques.

L'Auteur ne pouvant enlever le kyste à cause de la disposition ni avec le crochet de Türk, ni avec la pince laryngienne se limita à faire plusieurs incisions avec les ciseaux auxquelles il fit suivre quelques cautérisations avec le nitrate d'argent.

Quelques jours après l'on ne voyait rien d'anormal à l'endroit de l'opération. (Observation du Dr. Schrötter. *Mediz. Jahrbüch.*, XII, Bd. 1866.)

11.me Cas. — *Kyste à la corde vocale inférieure gauche.*

Jeune fille de quinze ans, souffrante d'aphonie. L'Auteur constatait un kyste à la corde vocale inférieure gauche, il l'excisa avec le couteau et il s'en suivit la guérison. (Observ. du Dr. Merkel. *Deutsche Klinik,* N. 29 1866. Cit. par Mackenzie.)

12.me Cas. — *Kyste à l'épiglotte.*

L'Auteur, outre au cas sus-mentionné de kyste du ventricule de Morgagni, a observé aussi un cas de kyste à la face postérieure de l'épiglotte, qui présentait des caractères analogues à celui décrit plus haut. (Observ. du Dr. Bruns, op. cit.)

13.me Cas. — *Kyste à la corde vocale droite.*

Un étudiant de dix sept ans, souffrait d'enrouement. Depuis quatre mois, il présentait au tiers antérieur de la corde vocale droite, précisément à la marge de la même, une petite tumeur grosse comme uue graine de chanvre, transparente, semblable à une petite vessie. Après l'avoir piquée, la tumeur disparut et la voix revint claire et sonore. Mais après quatre semaines il y avait récidive. L'Auteur pratiqua une incision avec le couteau lancéolé et cautérisa avec le nitrate d'argent; la guérison fut complète. (Observation du Dr. Tobold. *Berlin. Klin. Wochenschr.,* N. 46, 1867.)

14.me Cas. — *Kyste de la corde vocale gauche.*

Un homme de trente-huit ans, rauque depuis huit mois, présente à la moitié de la marge de la corde vocale gauche deux petits kystes, tout près l'un de l'autre, gros comme une tête d'épingle, d'une couleur blanche changeante. L'Auteur piqua les deux kystes dans le même moment et après quelques cautérisations avec le nitrate d'argent, la voix revint tout à fait claire. (Observ. du Dr. Tobold, op. cit.)

15.me Cas. — *Kyste à la corde vocale gauche.*

Une demoiselle souffrant d'enrouement depuis plusieurs années, avait uue rougeur de la partie antérieure de la corde vocale gauche, à la marge de laquèlle, justement

vers la commissure il y avait un kyste du volume d'un petit plomb , de couleur blanchâtre, dont le revêtement muqueux semblait avoir un tissage compact. L'Auteur incisa et cautérisa ce kyste avec amélioration de la voix. Plus tard il ôta encore avec le couteau lancéolé un petit gonflement de la muqueuse qui existait à l'endroit où était le kyste et obtint une parfaite guérison. (Observ. du Dr. Tobold, op. cit.)

16.me Cas. — *Kyste à la corde vocale gauche.*

Une femme de cinquante-quatre ans, rauque depuis dix-huit mois, présente un kyste qui occupe presque l'entière surface supérieure de la corde vocale gauche. (Observ. du Dr. Tobold. *Laryngoskopie. und Kehlkopfkrankheiten.* Berlin, 1874.)

17.me Cas. — *Kyste à la corde vocale droite.*

Un propriétaire de trente cinq ans, souffrant d'enrouement, avait un kyste à la corde vocale droite qui fut incisé et cautérisé amenant ainsi le retour de la voix normale. (Observ. du Dr. Tobold, op. cit.)

18.me Cas. — *Kyste à la corde vocale gauche.*

Un capitaine de trente-deux ans, très enroué, avait un petit kyste à la corde vocale inférieure gauche. L'incision de la tumeur fut suivie par le retour de la voix forte et sonore. (Observ. du Dr. Tobold, op. cit.)

19.me Cas. — *Kyste à la corde vocale gauche.*

Un capitaine de vaisseaux de trente-huit ans, rauque, présentait un kyste à la corde vocale gauche. Il souffrait déjà de troubles de voix depuis sa quatorzième année. Il fut examiné une seule fois. (Observ. du Dr. Tobold, op. cit.)

20.me Cas. — *Kyste à la corde vocale droite.*

L'Auteur constata un kyste du volume d'un pois à la corde vocale inférieure droite chez une jeune fille de dix-neuf ans, souffrant depuis six mois d'enrouement. (Observ. du Dr. Tobold, op. cit.)

21.me Cas. — *Kyste à la corde vocale droite.*

Un commissionnaire de quarante-deux ans, avec voix rauque, avait un petit kyste à la corde vocale droite. (Observ. du Dr. Tobold, op. cit.)

22.me Cas. — *Kyste de la corde vocale gauche.*

Un secrétaire de Ministère, rauque depuis un an, a un petit kyste à la corde vocale inférieure gauche. Il ne voulut pas se laisser opérer. (Observ. du Dr. Tobold, op. cit.)

23.me Cas. — *Kyste à la corde vocale droite.*

Chez un directeur de fabrique avec voix voilée, l'Auteur constata un kyste à la marge de la corde vocale droite inférieure. (Observ. du Dr. Tobold, op. cit.)

24.me Cas. — *Kyste à la corde vocale droite.*

Un commerçant de trente-six ans, enroué, avait un petit kyste à la corde vocale droite. Il fut examiné une seule fois. (Observ. du Dr. Tobold, op. cit.)

25.me Cas. — *Kyste à la corde vocale gauche.*

Un berger de trente-six ans, rauque depuis longtemps, présente un kyste fourni d'un large pédoncule à la corde vocale inférieure gauche. Il ne voulu pas se laisser opérer. (Observ. du Dr. Tobold, op. cit.)

26.me Cas. — *Kyste à la corde vocale gauche.*

Un artiste de chant de trente ans, provenant de Pest, consulta l'Auteur pour un enrouement dont il souffrait. L'Auteur constata un kyste à la corde vocale gauche; l'incisa, et après quelques cautérisations, la voix reviut tout à fait claire. (Observ. du Dr. Tobold, op. cit.)

27.me Cas. — *Kyste à la corde vocale droite.*

Un chanteur de trente-quatre ans, devenu rauque, présentait un kyste colloïde à la corde vocale droite. (Observ. du Dr. Tobold, op. cit.)

28.me Cas. — *Kyste* (?) *à la corde vocale droite.*

Un conseiller comunal de Berlin souffrait d'enrouement. L'Auteur constata un état de relâchement des cordes vocales. Pendant une cure éléctrique instituée pour ce dernier, se développa un kyste (?) à la corde vocale droite. Le patient ne voulut pas se soumettre à l'opération. (Observ. du Dr. Tobold, op. cit.)

29.me Cas. — *Kyste à la corde vocale droite.*

Un professeur de quarante-huit ans, enroué depuis dix mois, présentait un kyste colloïde à la corde vocale droite. L'Auteur pratiqua une incision à laquelle il fit suivre quatre cautérisations. Retour de la voix claire et normale. (Observ. du Dr. Tobold, op. cit.)

30.me Cas. — *Kyste à la corde vocale droite.*

Femme d'un charpentier de Berlin de trente-quatre ans, enrouée. Il existait uu kyste colloïde à la corde vocale droite. Elle a été examinée une seule fois. (Observ. du Dr. Tobold, op. cit.)

31.me Cas. — *Kyste à la corde vocale droite.*

Un négociant de Berlin de vingt-quatre ans, souffrait depuis deux mois d'eurouement pour un kyste colloïde à la corde vocale droite de la grandeur d'une tête d'épingle. (Observ. du Dr. Tobold, op. cit.)

32.me Cas. — *Kyste à la corde vocale droite.*

Une gouvernante de vingt-trois ans, enrouée depuis six mois, avait un kyste colloïde à la corde vocale gauche. L'examen fut pratiqué, une seule fois. (Observ. du Dr. Tobold, op. cit.)

33.me Cas. *Kyste à la corde vocale droite.*

Un maître d'école de Golzon, de quarante-trois ans, enroué, présentait uu kyste colloïde de la grandeur d'un pois à la corde vocale droite. Le kyste, vidé moyennant une incision, et pratiquées quelques cautérisations, la voix reviut tout à fait normale. (Observations du Dr. Tobold, op. cit.)

34.me Cas. — *Kyste à la corde vocale droite.*

Un commerçant de trente-trois ans, enroué depuis deux ans, présente un kyste colloïde de la grandeur d'un pois à la corde vocale droite. Retour de la voix claire et forte à la suite de l'incision du kyste. (Observ. du Dr. Tobold, op. cit.)

35.me Cas. — *Kyste à la racine de l'épiglotte.*

L'Auteur dans son ouvrage parle d'un cas de kyste qui résidait à la racine de l'épiglotte, de la grandeur d'un pépin, de couleur plus pâle que la muqueuse environnante et qui laissait entrevoir un contenu blanchâtre. (Observ. du Dr. Tobold, op. cit.)

36.me, 37.me, 38.me, 39.me Cas. — *Kystes de l'épiglotte.*

L'Auteur, après le cas publié en 1866, observa trois autres cas de kystes à la marge libre de l'épiglotte, deux de la grandeur d'un grain de millet, et un d'un pois. En deux cas il y avait aussi catarrhe chronique des voies respiratoires, dans l'autre le malade mourut pour cause de scorbut grave avec épanchements sanguins et œdème de la fosse glosso-épiglottique gauche et des replis ary-épiglottiques. Un quatrième cas est celui d'un marchand de bœufs de quarante-cinq ans souffrant d'une sensation de corps étranger à la région du larynx et d'une sécheresse continuelle dans la gorge. L'Auteur, outre les phénomènes de catarrhe chronique pharyngo-laryngien, rencontra au côté gauche de la surface laryngée de l'épiglotte, au dessous de sa moitié et de l'insertion du repli ary-épiglottique, une petite tumeur de la grandeur d'un noyau de cerise, de couleur jaune-rougeâtre entourée par un lacis de vaisseaux, transparent, ressemblant à une goutte congelée qu'on pouvait déplacer facilement avec une sonde, et à la pression on y faisait une petite fosse. L'intolérance et le peu de force de volonté du patient ont rendu nécessaire l'anesthésie locale (badigeonnages de chloroforme et morphine). L'Auteur, après avoir enfilé l'épiglotte avec son porte-anse, prit et détacha presque complètement la tumeur, la laissant adhérente seulement par une partie du pédoncule. L'opération fut complétée avec le *quetsch-instrument* à dents aigues. La blessure fut cautérisée avec le nitrate d'argent, et quatorze jours après on remarquait seulement une cicatrice superficielle à la place où avait eu lieu l'opération. Par inadvertance d'une garde-malade, le kyste fut jeté avant d'être examiné. (Observ. du Dr. Schrötter. *Jahresber. der Klinik für Laryngoskopie*, etc., 1871.)

40.me, 41.me Cas. — *Kystes de l'épiglotte.*

L'Auteur observa un premier cas de kyste à la surface supérieure de l'épiglotte chez une femme de quarante-quatre ans. Le kyste prit presque le volume d'une cerise, et seulement après la découverte de sa présence produisit des désordres considérables. Le deuxième cas est celui d'un maréchal ferrant de vingt-deux ans, lequel depuis six ans souffrait de difficulté dans la déglutition, de léger enrouement et d'un continuel besoin de nettoyer la gorge comme si elle était remplie de mucosité. La déglutition n'était pas douloureuse, mais difficile spécialement pour les liquides, lesquels souvent allaient de travers. Le malade racontait de s'être toujours exposé aux intempéries. L'examen laryngoscopique relevait la présence d'une tumeur de la grandeur d'une cerise à la surface supérieure de l'épiglotte et saillant aussi à sa surface inférieure comme à toute la moitié droite du vestibule. L'Auteur pratiqua avec son bistouri laryngien une large ouverture dans le kyste, par laquelle il sortit une matière stéatomateuse mêlée à une petite quantité de liquide filant et de sang. En quelques jours il y eut une parfaite guérison. (Observ. du Dr. Mackenzie. *Essay on Growths in the Larynx.* Londres, 1871, pag. 181, 182, V. fig. n. 9 e 10.)

42.me Cas. — *Kyste du repli ary-épiglottique gauche.*

L'Auteur, sectionnant une femme de trente ans, morte d'une maladie à laquelle le larynx n'avait pas pris part, rencontrait dans la moitié gauche du vestibule du larynx une saillance qui allait petit à petit se perdant vers la corde vocale supérieure, vers la marge latérale de la partie infra-hyoïdienne de l'épiglotte et vers le cartilage de Wrisberg, où cependant elle venait limitée par un sillon marqué. Déjà à travers la muqueuse on sentait une tuméfaction tendue, nettement circonscrite. Le fond clos du ventricule de Morgagni avait été poussé et un peu renversé vers la cavité laryngienne par l'extrémité inférieure de la tumeur: tandis que l'extrémité supérieure de la même s'était tracée une voie dans la cavité de la bourse muqueuse située sous la portion supérieure du muscle thyréo-hyoïdien et dans la dite cavité elle se présentait comme une saillie tendue, translucide, ronde (Voir planche fig. 17). Eloignée la couche interne du repli ary-épiglottique, la tumeur se présenta de la grandeur d'une petite cerise de forme ronde à surface inégale, adhérente aux parties environnantes au moyen d'un tissu connectif tendre et sur sa portion médiane on observait quelques branches du nerf laryngien supérieur, lesquelles pour cette raison devaient souffrir un tiraillement (Fig. 16). La piqûre de cette tumeur, grise et transparente, laissait sortir une substance trouble semblable à de la colle, dans laquelle on voyait quelques petits flocons, qui examinés au microscope, se trouvèrent formés des globules omogènes semblables à l'albumen, quelqu'uns isolés, quelqu'autres réunis en grandes conglomérations. En un nombre bien plus inférieur, il y avait des cellules plates finement granuleuses, lesquelles outre à un noyau manifeste, contenaient une certaine quantité de grandes mollecules adipeuses. Le kyste piqué seulement dans un endroit se vida incomplètement, ce qui prouva que sa cavité était divisée en cellules non communiquantes, et que l'on constata après la fente du kyste. (Observ. du Dr. Luschka. *Virchow's Archiw*, 52, Bd. 3 Heft.)

43.me Cas. — *Kyste de l'épiglotte.*

L'Auteur observa un autre cas de kyste de la grandeur d'une petite aveline, développée à la base de la portion antérieure de la partie sus-hyoïdienne de l'épiglotte, c'est à dire là où la muqueuse de la racine de la langue passe sur la face antérieure de l'épiglotte. La petite tumeur fortement soudée à la marge supérieure du corps du hyoïde en la surpassant de beaucoup en avant était reconnaissable déjà à travers la muqueuse dans sa forme et sa grandeur. Toutefois, seulement après le détachement de cette membrane on a pu voir l'inégalité de la surface de la paroi kystique. Aussi la cavité de ce kyste était divisée en cellules non communiquantes et pour cela à la suite de la piqûre son contenu gélatineux ne s'était vidé qu'en partie. (Observ. du Dr. Luschka, op. cit. Voir fig. 18.)

44.me Cas. — *Kyste de l'épiglotte.*

C. H., ouvrière de vingt-trois ans, sept mois avant de se presenter à l'Auteur, après avoir bu un verre de bière eut la sensation comme si un corps étrauger fût pénétré daus la gorge. Cet état fut accompagné et suivi de toux violente et d'accès de suffocation. A l'examen laryngoscopique on constatait à la face antérieure de l'épiglotte, vers sa marge, une petite tumeur grosse comme un haricot, jaunâtre, transparente, avec l'axe majeur par travers et qui à l'exploration avec la sonde se démontrait élastique. A la suite d'une piqûre avec le couteau lancéolé il en sortait un peu de liquide jaunâtre séreux, et la tumeur s'affaissa. De cette manière la malade fut renvoyée. Mais 32 jours après elle retournait accusant la même sensation qu'auparavant, et à l'examen on coustata que le vieux sac, déjà affaissé, allait se remplir de nouveau. A la suite d'une nouvelle incision la patiente guérissait complètement. (Observ. du Dr. Scheff. *Wiener Mediz. Presse.* Jahrgang. XIII, 25 fév.)

45.me Cas. — *Kyste à l'épiglotte.*

Monsieur S....., de quarante ans, souffrait depuis longtemps de la gorge. Avec le miroir l'Auteur constata un catarrhe pharyngo-laryngien chronique et une tumeur presque grosse comme une noisette entre l'épiglotte et la base de la langue, un peu à gauche et qui se montrait attaché près du ligament glosso-épiglottique gauche. La tumeur de forme ovoïde avec la base en bas et l'extrémité aiguë dirigée obliquement en dehors, présentait une surface lisse resplendissante comme de l'eau, de couleur rouge-pâle traversée spécialement à sa base par de petits vaisseaux. Cette tumeur dans la respiration, la phonation et la déglutition, suivait les mouvements, d'ailleurs libres, de l'èpiglotte. A l'exploration avec la sonde, elle se montrait très mobile et élastique. Le malade n'eut jamais de sensations particulières dans la gorge, ni de corps étrangers ou d'autre, même après qu'on lui eut dit de l'existence de la tumeur. L'Auteur, pour observer quelle modification se serait vérifiée dans les symptômes subjectifs du malade à la suite de l'enlèvement de la tumeur, l'excisa de suite avant de commencer le traitement du catarrhe. Il pénètra en effet avec les ciseaux dans l'intention de couper le pédoncule et de cette manière exciser le kyste. Mais la coupure ne prit qu'une partie du pédoncule, le kyste vidant son contenu s'affaissa et resta pendu dans le pharynx comme un repli muqueux. Celui-ci fut extirpé avec la pince. Le malade n'éprouva aucune modification dans son état, ni de suite après l'opération, ni après la guérison de l'insignifiante blessure. Il suivit ensuite le traitement du catarrhe chronique. (Observ. du Dr. Oertel. *Deutsches Archiv für Klin. Mediz.*, 15 Bd. 1875. Voir fig. 7.)

46.me Cas. — *Kyste de l'épiglotte.*

L'Auteur, faisant l'autopsie d'un homme, rencontrait un kyste à la surface antérieure de l'épiglotte, dans sa moitié droite, à peine au dessous de la muqueuse, de la forme d'un haricot ou mieux d'un cylindre arrondi à ses deux extrémités, desquelles la supérieure plus volumineuse, de la longueur de deux centimètres et d'un centimètre de largeur, adhérente fortement à l'épiglotte environ dans la moitié de sa paroi postérieure par un robuste pédoncule. L'on ne peut découvrir sur aucun point une ouverture dans la cavité du sac. Le kyste résulte d'une simple bourse mince mais robuste, transparente, sans extroflexions et d'un contenu semblable à de la purée. La membrane capsulaire a l'aspect d'une membrane séreuse. Elle consiste de tissu counectif et sur la face vers la cavité du sac elle est lisse et resplendissante et montre une simple couche d'épithéliums en partie fusiformes, en partie ronds. Le contenu, de couleur jaunâtre, rappelle par son aspect le contenu des vrais athéromes. Il consiste en plus grande partie de masses épithéliales dégénérées, parmi lesquelles l'on rencontre seulement quelques épithéliums bien conservés avec ou sans noyau, des corpuscules de l'aspect de corpuscules purulents et finalement de très petites gouttes adipeuses avec quelques cristaux de cholestérine. La substance adipeuse était daus la proportion de 10-15 pour cent de l'entière masse (Observ. de Wenzel-Gruber. *Wirchow's Archiw*, 63, Bd., pag. 36, Voir fig. 15.)

47.me, 48.me Cas. — *Kystes de l'épiglotte.*

Dans le premier cas l'Auteur observa chez un confrère à la surface postérieure de l'épiglotte un kyste de la grandeur d'uu grain de poivre, qui ne provoquait aucun trouble. Trois ans après il n'y en avait plus aucune trace. Le deuxième cas est celui d'un maître d'école de vingt-quatre ans, qui, récemment guéri d'un thyphus, s'était rendu chez l'Auteur pour être examiné de la poitrine et savoir s'il pouvait reprendre ses fonctions. Cet homme n'avait ni dyspnée, ni toux, ni enrouement; rien enfiu qui pouvait faire penser à une affection laryngienne. A l'examen laryngoscopique l'on rencontrait à la face antérieure de l'épiglotte, dans sa moitié gauche un kyste de la grandeur d'une cerise,

très tendu, presque sphérique, du diamètre d'un centimètre et demi, entouré à sa base par un réseau de petits vaisseaux. Le dit kyste était visible aussi sans le miroir laryngien lorsqu'on tirait la langue en dehors : on pouvait aussi le toucher avec le doigt et la fluctuation que l'on sentait assurait la diagnose du kyste. La mobilité de l'épiglotte était tout-à-fait libre. Sept jours après, dans un nouvel examen on trouva le kyste ratatiné et son contenu vidé en partie. Quatre jours plus tard plus rien ne laissait supposer qu'il y eut eu un kyste. Le maître assurait de ne sentir aucune différence entre l'état précédent et l'actuel. (Observ. de Beschorner. *Berlin. klin. Wochenschr.*, n. 42, 1877. Voir fig. 8.)

49.me, 50.me, 51.me Cas. — *Kystes aux cordes vocales et à l'épiglotte.*

L'Auteur, dans sa casuistique, parle de deux cas de kystes aux cordes vocales et d'un autre à l'épiglotte. (Observ. du Dr. Fauvel. *Traité pratique des maladies du larynx.* Paris, 1876.)

52.me Cas. — *Kyste à la corde vocale droite.*

Une dame mariée à Philadelphie, affectée depuis longtemps d'un enrouement jugé faussement dépendant de phthisie, avait un petit kyste à la corde vocale droite. L'Auteur l'enleva avec une pince, ce qui ameua l'immédiate disparition de tous les symptômes ennuyeux qui l'accompagnaient. (Observ. du Dr. Cohen. *Diseases of the throat and nasal passages*, etc. Sec. édit. New-York, 1879.)

53.me Cas. — *Kyste à l'angle de commissure.*

Monsieur N. N. de Rome, de constitution robuste, était rauque depuis quatre ans. L'Auteur constata une petite tumeur de la grandeur d'un haricot, de forme ovoïde, oblongue, insérée vers l'angle de commissure, de couleur rouge chargée, lisse et luisante à la surface, régulière aux bords, immobile dans les deux actes respiratoires. Le malade ne revint plus. (Observ. du Dr. Massei. *La scuola medica napoletana*, fév. 1879.)

54.me Cas. — *Kyste à la corde vocale droite.*

Chez une femme d'âge plutôt avancé, aphone et dyspnoïque, l'Auteur rencoutrait une petite tumeur bilobée, de la grandeur d'un noyau d'un nèfle du Japon, à la forme duquel il s'approchait, et qui couvrant en grande partie la corde droite d'où il prenait origine, s'étendait aussi sur la gauche avec son lobe plus petit. Cette tumeur, de couleur grise-pâle, lisse, transparente, luisante, semblait vraiement une petite vessie remplie de liquide. Cette dame ne se laissa plus voir. (Observ. du Dr. Massei, loc. cit.)

55.me Cas. — *Kyste à la corde vocale gauche.*

Le 4 octobre 1871 M. Massei observa un chasseur robuste et fort fumeur de trente-deux ans, lequel en 1848 avait été attrapé par une angine rhumatique traitée avec la glace. D'alors la voix devint rauque et resta ainsi jusqu'au 1868. A partir de cette époque elle s'améliora suffisamment. A l'examen laryngoscopique l'on observait une petite tumeur insérée sur la marge du tiers antérieur de la corde gauche grosse comme un haricot, de couleur grise noirâtre avec un point blanc luisant vers l'extrémité libre et avec une renflure vers l'angle de commissure. Pendant l'inspiration, ce néoplasme, à cause de son long pédoncule pendait dans l'espace sous-glottique, lorsque les cordes s'approchaient, elles étranglaient le pédoncule. L'Auteur enleva la tumeur avec la pince de Fauvel. C'était une tumeur flasque à parois dures et grincées, qui limitaient une cavité à une extrémité de laquelle il y avait un noyau calcaire. Le malade guérit parfaitement. L'examen microscopique confirmait la diagnose et l'Auteur pense même que l'améliora-

tion spontanée de la voix puisse avoir coincidé avec la résorption partielle du liquide ou avec sa sortie d'où était venu l'affaissement des parois. Du noyau calcaire l'on ne put pratiquer un examen microscopique soigneux. (Observ. du Dr. Massei, loc. cit.)

56.me Cas. — *Kyste à la corde vocale droite.*

B. P., jeune homme robuste de vingt-sept ans, était rauque depuis un an; dernièrement l'enrouement allait en augmentant et quelquefois il était aphone complètement et commençait à souffler en montant les escaliers. L'examen laryngoscopique révéla une petite tumeur qui pendant l'expiration venait portée de l'espace sous-glottique sur les cordes vocales à quelques millimètres de la commissure. Elle avait une couleur rouge-pâle très marquée, grise-noirâtre vers l'extrémité libre, et une forme ovoïde allongée, avec son grand diamètre dans le sens trasversal, et était bosselée en un point et dans l'ensemble grosse comme deux haricots réunis, à la figure desquels elle s'approchait beaucoup. Cette tumeur est pédonculée et s'implante sur la marge libre du tiers extérieur de la corde droite, touchant dans l'espace sous-glottique où elle se cache pendant l'inspiration. A la sonde se montre élastique. L'Auteur, sans aucun préparatif, se mit à l'opérer, et au troisième essai il enlevait en totalité la tumeur de son point d'implantation; il excisa ensuite le lambeau pédonculaire et le cautérisa avec la galvano-caustique pour empêcher une récidive. L'hémorrhagie, bien que légère, fut cependant supérieure à celle que l'on a habituellement. Le Prof. Fienga examinait ensuite la tumeur, et constata qu'il s'agissait d'un kyste hématique. La guérison fut complète. (Observ. du Dr. Massei, op. cit.)

57.me Cas. — *Kyste de l'épiglotte.*

Un jeune homme de dix-sept ans souffrait depuis quelques temps d'enrouement. La déglutition était difficile spécialement pour les substances solides mais sans douleur. Un médécin avait trouvé comme cause de cette indisposition une tumeur sur l'épiglotte, qui était visible même sans laryngoscope avec la simple dépression de la base de la langue. Une incision lassait sortir une substance visqueuse, jaune-verdâtre. Mais le kyste se remplissant toujours de nouveau, bien que l'on eut répliqué plusieurs fois la piqûre, le malade s'adressa à M. Keller.

Celui-ci constata une tumeur grosse comme une cerise qui occupait avec une base large la partie gauche de la surface antérieure de l'épiglotte et remplissait complètement la fosse glosso-épiglottique du même côté. Cette tumeur surpassait un peu la marge gauche de l'épiglotte, mais n'arrivait pas à la marge antérieure. La muqueuse qui la recouvrait était de couleur grise-pâle un peu transparente traversée par des petits vaisseaux. Au toucher avec le doigt on constatait une sensation de fluctuation et une certaine résistance de la paroi. L'épiglotte ne donnait aucun indice de mobilité active. L'Auteur pratiqua une ample incision avec le couteau lancéolé sans que le contenu en sortit; seulement moyennant plusieurs compressions avec le doigt et après quelques mouvements de déglutition, le contenu visqueux se vida; on ne put néanmoins obtenir un complet effacement du sac; la tumeur se réduisit seulement à la moitié. Cinq jours après, l'Auteur faisait pénétrer dans le kyste le galvano-cautère; après une telle cautérisation il se fit plus petit et l'épiglotte put se relever de nouveau. Le patient partit avec sa voix normale et la déglutition libre. Un mois après, cependant, le kyste se remplissait de nouveau sans reprendre le même volume qu'auparavant, mais avec les mêmes caractères et seulement avec quelques points de cicatrisation consécutifs à la cautérisation. L'on pratiqua une nouvelle incision, et le contenu se vida avec lenteur et en partie. La sonde introduite à travers l'ouverture faite, pénétrait assez profondèment lorsqu'on la dirigeait en avant et en bas.

Le patient reparti avec l'intention de revenir si jamais les anciens désordres auraient apparus dé nouveau. (Observ. du Dr. Keller. *Monatsschrift für Ohrenheilk,* etc., N. 9, 1879.)

58.me Cas. — *Kyste à la commissure antérieure.*

L'Auteur dit simplement d'avoir opéré avec sa méthode percutanée un kyste placé à la commissure antérieure avec un très bon résultat. (Observ. du Dr. Rossbach. *Berlin. klin. Wochenschr.*, N. 5, 1880.)

59.me Cas. — *Kyste à la corde vocale gauche.*

Déjà en 1867 le Prof. Voltolini constatait chez son confrère le Dr. E. un petit épaississement à la marge libre de la corde vocale gauche qu'il jugea comme cause du léger enrouement qui existait et du caractère particulier de la voix, semblable à celle d'une jeune fille. Voltolini proposa l'exportation de la petite tumeur avec le galvano-cautère, mais le patient ne voulut pas s'y soumettre. En juin 1871 l'enrouement s'étant augmenté, le malade se présenta au Prof. Sommerbrodt et celui-ci rencontra ce qui suit: muqueuse laryngée plutôt pâle, cordes vocales blanches, luisantes; à la marge de la corde vocale inférieure gauche une tumeur fusiforme grande à peu près comme une graine de chanvre, correspondant dans sa grosseur à la moitié de la corde. La couleur ne s'éloignait point de celle des vraies cordes vocales. Les mouvements de celles-ci étaient libres. Dans la phonation elles s'approchaient, mais la corde droite présentait une dépression arquée vers l'extérieur produite par la marge proéminente de la gauche. En la touchant avec la sonde on y imprimait une petite fosse dans la partie centrale de la néoformation. Par une piqûre faite avec un fin couteau lancéolé il en sortit une petite goutte claire, luisante et à la suite de cela la tumeur disparut et la voix revint normale. Huit ans après il n'y avait pas encore de récidive. (Observ. du Dr. Sommerbrodt. *Bresl. Aerztl. Zeitschrift,* N. 1, 1880, V. fig. 12.)

60.me Cas. — *Kyste à la corde vocale gauche.*

M. K., jeune fille de vingt-deux ans, se plaignait d'enrouement, de sécheresse de la gorge; la voix était stridente, facilement diplophonique. L'Auteur constatait à la marge de la corde vocale inférieure gauche vers sa moitié un gonflement fusiforme plus gros qu'une graine de chanvre, de couleur égale à celle de la corde vocale. La sonde y portait facilement une dépression. A la suite d'une piqûre le gonflement disparut complètement et la voix revint de suite parfaitement. On ne sait pas s'il y eut récidive. (Observ. du Dr. Sommerbrodt, op. cit.)

61.me Cas. — *Kyste à la corde vocale gauche.*

Madame C., de trente-six ans, rauque depuis neuf mois, présentait un kyste dans le même siége et avec les mêmes caractères des deux observations antécédentes. Elle ne voulut pas se soumettre à l'opération. (Observ. du Dr. Sommerbrodt, op. cit.)

62.me Cas. — *Kyste à la corde vocale droite.*

Une demoiselle de vingt-deux ans ne pouvait plus chanter depuis quatre mois et était un peu rauque. L'examen révélait à la moitié de la marge de la corde vocale droite un petit nœud blanc, proéminent, de la grandeur d'une graine d'orge. Trois ans après, l'Auteur revit la patiente et remarqua dans le même point une petite tumeur trois fois plus grande, fusiforme, de même couleur que la corde (qui du reste était normale) et la voix était enrouée. A la suite d'une piqûre le kyste disparut et la voix se fit claire. Après trois semaines la voix de nouveau commença à se voiler et après six semaines le kyste s'était de nouveau rempli de manière que l'Auteur dût pratiquer encore la piqûre. La patiente nouvellement examinée après plusieurs mois, ne laissait observer aucune récidive et la voix se conservait normale.

L'Auteur pourrait donner cinq autres observations de kystes aux cordes vocales, mais n'étant pas parfaitement sûr de la diagnose, il se borne seulement à l'annoncer. (Observ. du Dr. Sommerbrodt, op. cit., fig. n. 13 et 14.)

63.me, 64.me Cas, *Kystes à l'épiglotte.*

Le Prof. Schrötter rencontra une fois deux kystes presque de la grandeur d'une fève à la face antérieure de l'épiglotte et une autre fois un kyste plus petit à la marge libre de la même. (Observ. du Prof. Schrötter. Voir fig. 5 et 6.)

65.me Cas. — *Kyste à l'épiglotte.*

L'Auteur, à la page 230, parle d'un cas de kyste sous-muqueux de la face antérieure de l'épiglotte, gros comme un pois, dont on avait pu se persuader que son contenu était une rétention de la simple sécrétion. Le kyste était circonscrit par une simple bourse lisse dont la surface interne était revêtue d'une seule couche d'épithélium. (Observ. du Dr. Eppinger. *Handbuch der Pathol. Anatomie,* etc. Dr. Klebs, VII Lief. 1880.)

66.me Cas. — *Kyste à l'épiglotte.*

H. L. peintre de 30 ans, rauque depuis trois semaines, accusait quelques troubles dans la déglutition et une sensation de pression au cou. A l'épiglotte on rencontrait un petit kyste, et des exulcérations à la partie postérieure du larynx et aux cordes vocales. (Observ. du Dr. Schrötter. *Registre de l'Ambulatoire clinique,* 27 décembre 1872).

67.me Cas. — *Kyste au cartilage de Santorini droit.*

B. M. viennois de 46 ans, après avoir mangé de la choucroûte eut une sensation douloureuse et d'excoriation dans le cou spécialement pendant la déglutition. Ces troubles dataient depuis plus de deux mois. A l'examen on constatait un kyste à la paroi postérieure du larynx tout près du cartilage de Sautorini droit. On a conseillé les inhalations de térébenthine. (Observ. du Dr. Schrötter. *Registre Ambul. clinique,* N. 13, 1873).

68.me Cas. — *Kyste à l'épiglotte.*

F. B. chapelier de 68 ans présente une petit kyste à la marge droite de l'épiglotte. (Observ. du Dr. Schrötter. *Registre Ambul.* N. 107, 1873).

69.me Cas. — *Kyste à l'épiglotte.*

G. T. de 28 ans, souffre de toux, fièvre vespertine, recourrante hémoptysie, de temps en temps enrouement et douleur à la déglutition. A l'examen l'on reucontra ulcérations au larynx (t. b. c.) et un kyste à l'épiglotte(Observ. du Dr. Schrötter. *Registre Amb.,* N. 15, 1874).

70.me Cas. — *Kyste à l'épiglotte.*

L. K., conducteur du Tramway, de 26 ans, qui quatre ans auparavant avait eu des manifestations syphilitiques, se plaignait de séchéresse à la gorge et d'un besoin fréquent de la râcler. A l'examen, outre une pharyngite chronique on trouva un kyste à la face antérieure de l'épiglotte qui remplissait la fosse glosso-épiglottique gauche. (Observ. du Dr. Schrötter. *Reg. Amb.,* N. 911, 1874).

71.me Cas. — *Kyste au cartilage aryténoïde gauche.*

O. I., économe de 56 ans, présente une enflure à la paroi postérieure du larynx et un kyste de la grandeur d'un pois devant le cartilage aryténoïde gauche. Depuis deux

ans il se plaint de quelques troubles dans la déglutition qui dans les derniers temps augmentèrent au point de permettre seulement la déglutition des liquides: il a la sensation comme si les substances que l'on avale devaient surpasser un obstacle. Avec le sondage l'on rencontre une sténose œsophagienne à la région du cardias probablement par carcinome. (Observ. du Dr. Schrötter. *Reg. Amb.*, N. 234, 1876).

72.me Cas. — *Kyste à l'épiglotte.*

G. L., tailleur de pierre, de 36 ans, accuse depuis deux ans une sensation de corps étranger mobile, c'est à dire ascendant et descendant dans la gorge, plus marquée spécialement dans l'acte de la déglutition. A l'examen on trouve à la surface antérieure de l'épiglotte un kyste de couleur blanche, transparent, de la grandeur d'un petit haricot qui s'étend dans la fosse glosso-épiglottique droite. (Observ. du Dr. Schrötter. *Reg. Amb.*, N. 1292, 1876).

73.me Cas. — *Kyste à l'épiglotte.*

S. K., employé de commerce, de 40 ans, souffre depuis deux ans d'une sensation de cuison et de chatouillement dans la gorge. A l'examen l'on constate du catarrhe pharyngien chronique et un petit kyste à la marge gauche de l'épiglotte. (Observ. du Dr. Schrötter. *Reg. Amb.*, N. 649, 1877.

74.me Cas. — *Kyste à l'epiglotte.*

J. K., serrurier, de 44 ans, a de la toux depuis plusieurs mois et est rauque; il se plaint d'une sensation comme de démangeaison dans la gorge. L'on constate plusieurs ulcérations (t. b. c) au larynx et un kyste à la surface linguale de l'épiglotte. (Observ. du Dr. Schrötter. *Reg. Amb.*, N. 1061, 1877).

75.me Cas. — *Kyste à l'épiglotte.*

P. T., officier, de 28 ans, souffre depuis deux ans de démangeaison à la gorge et crache souvent. L'on trouve un kyste à la face linguale de l'épiglotte à son côté droit près du ligament glosso-épiglottique; en outre un catarrhe pharyngo-laryngé chronique. L'on pratique des insufflations d'alun et des badigeonnages de teinture de jode et glycérine à la paroi postérieure du pharynx. (Observ. du Dr. Schrötter. *Registre Ambul.*, N. 1452, 1877).

76.me Cas. — *Kyste à l'épiglotte.*

M. M., tailleuse de Vienne, de 28 ans, souffrante de toux, fièvre, hémoptysie et sensation de démangeaison dans la gorge avait des ulcérations aux cartilages aryténoïdes (t. b. c.) et un petit kyste à l'épiglotte. (Observ. de Dr. Schrötter, *Registre Ambul.*, N. 90, 1878).

77.me Cas. — *Kyste à l'épiglotte.*

W. P., économe, de 50 ans, souffrant depuis longtemps d'enrouement, avait des ulcérations profondes aux cordes vocales inférieures et à la paroi postérieure laryngienne, et un petit kyste à la marge libre de l'épiglotte. (Observ. du Dr. Schrötter. *Reg. Amb.*, N. 964, 1878).

78.me Cas. — *Kyste à l'épiglotte.*

W. L. de 29 ans, rauque depuis un an et demi, présente un kyste à l'épiglotte et un polype à la corde vocale inférieure gauche. (Observ. du Dr. Schrötter. *Reg. Amb.*, N. 1733, 1878).

79.me Cas. — *Kyste à l'épiglotte.*

W. A., de 25 ans, se plaint depuis 4 semaines de sensation de démangeaison et cuison dans la gorge et d'incommodité à déglutir. A l'examen l'on rencontre un catarrhe chronique du pharynx et du larynx et un kyste commençant à la marge supérieure de l'épiglotte. (Observ. du Dr. Schrötter. *Reg. Amb.*, N. 1731, 1879).

80.me Cas. — *Kyste à la corde vocale droite.*

D. P., artiste de chant, viennois, de 25 ans, rauque depuis quelques mois présente un catarrhe pharyngo-laryngien chronique et un petit kyste à l'extrémité antérieure de la corde vocale droite. Ce kyste de couleur jaunâtre, semblable à une petite lentille claire, occupait la surface de la corde et faisait saillie sur la marge libre. Le Professeur la prit avec la pince mordente, et aussitôt le kyste disparut et l'on ne put juger de la qualité du liquide contenu à cause de l'inquiètude du malade. Après l'opération on voyait la corde vocale droite un peu rouge avec perte de substance là où existait le kyste. On pratiqua une cautérisation avec le nitrate d'argent et on obtint une parfaite guérisou (Observ. du Dr. Schrötter. *Reg. Amb.*, N. 1762, 1879).

81.me Cas. — *Kyste à la corde vocale gauche.*

D. S., de 44 ans, souffrant de toux et d'enrouement depuis quelques mois, avait un catarrhe chronique laryngien et un kyste à la marge de la corde vocale inférieure gauche (Catarrhe des deux sommets). (Observ. du Dr. Schrötter. *Reg. Amb.*, N. 1824, 1879).

82.me Cas. — *Kyste à la corde vocale gauche.*

B. F. de Mapatic en Boémie, souffrant depuis longtemps d'enrouement, présente une tumeur de la grandeur d'un noyeau de cerise, jaunâtre opaque, ronde, adhérente avec large base à la marge de la corde vocale inférieure gauche. Il fut reçu à la Clinique pour pratiquer l'anesthésie locale vu l'intollerance du patient. Lorsque le larynx fut suffisamment anesthésié, le Professeur, pénétra avec un pince mordente et à peine que la tumeur fut prise à sa base, tout le champ visif du miroir, et l'intérieur du larynx fut couvert d'une substance blanche jauuâtre, semblable au contenu d'un athérome. Dans un ultérieur examen du larynx on voyait que la tumeur avait disparue mais il en restait une petite partie dans son extrémité postérieure et deux lambeaux à l'extrémité antérieure. Il n'y a pas de doute qu'en comprimant les branches de l'instrument la tumeur fut écrasée, et qu'il devait s'agir d'un kyste, vu la facilité avec laquelle elle s'écrasa. Plus tard avec une pince dentelée M. le Professeur ôta les restes du sac kystique et fit suivre deux cautérisations avec le nitrate d'argent. On obtint une guérison complète. (Observ. du Dr. Schrötter. *Reg. Amb.*, 12 octobre 1878).

83.me Cas. — *Kyste du repli ary-épiglottique gauche.*

B., israélite de Brody en Galice, ambulant, de 42 ans, souffre depuis longtemps de toux avec expectoration difficile et peu abbondante; en toussant il a une douleur à la moitié du sternum; la voix n'avait subi aucun changement: il y avait amaigrissement. A l'examen laryngoscopique l'épiglotte était renversée en avant de manière à couvrir les fosses glosso-épiglottiques; les parties laryngées sont de couleur normale. De la partie inférieure de la moitié gauche de la surface laryngienne de l'épiglotte et de la portion antérieure du repli ary-épiglottique gauche s'avance une tumeur de la grosseur d'une noisette par laquelle restent couvertes en grande partie les cordes vocales inférieures. La surface de la tumeur est lisse, sa couleur grisâtre, et il semble d'entrevoir le liquide à travers ses parois. A l'exploration avec la sonde on reconnait facilment sa consistance molle et on peut y faire une dépression à sa surface.

La corde vocale gauche inférieure est très rouge. Il y a des symptômes de sténose du pharynx. Le Professeur piqua le kyste donnant issue à deux gouttes de liquide clair, ensuite il le divisa avec un couteau pointu et alors le kyste s'affaissa; néammoins il put y injecter quelques gouttes de teinture de jode. Le patient se plaignit dans la journée d'une sensatíon de brulûre et chaleur dans la gorge et de difficile déglutition pour lesquelles il lui fut appliqué des compresses froides. Le jour suivant le kyste apparut plus petit, mais très-rouge; dans sa partie supérieure on y observait une zone de couleur blanche jaunâtre, presque sémilunaire de la longueur de 3 mm., correspondant ouvertement à l'incision. Au troisième jours le kyste se maintint de la même grandeur et du même aspect. Les douleurs étaient disparues, la déglutition libre. Le liquide qui était sorti examiné au microscope n'avait seulement que quelques granulations, des petits globules, des corpuscules lymphatiques, des gouttes adipeuses, dues avec toute probabilité à l'instrument qui était précédemment graissé. Sept jours après l'opération à la place du kyste on rencontra seulement une petite enflure de la muqueuse, ronde, de la grandeur d'un haricot. Le patient est très bien et sort de la clinique guéri. (Observ. du Dr. Cervesato à la Clinique du Prof. Schrötter. Voir fig. N. 2).

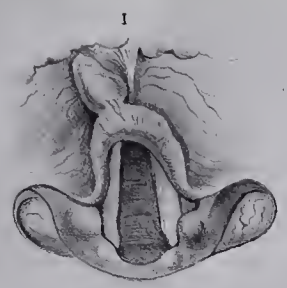
84.me Cas. — *Kyste à l'épiglotte.*

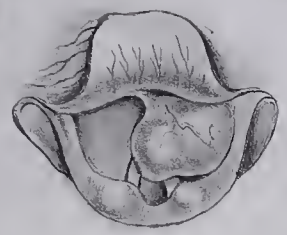
J. R. de Kassau, maçon, de 59 ans, souffre depuis longtemps de toux expulsive, de sensation de cuison dans la gorge et de douleur à la déglutition. A l'examen l'on constatait un catarrhe chronique du pharynx et du larynx et un kyste de la grandeur d'un grain de millet à la marge supérieure de l'épiglotte. On prescrivit d'abord des inhalations et puis des insufflations d'alun. (Observ. du Dr. Cervesato à la Clinique du Professeur Schrötter).

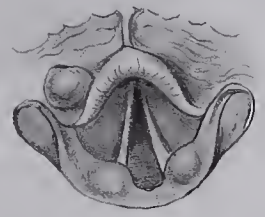
85.me Cas. — *Kyste à l'épiglotte.*

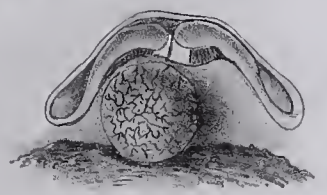
Un homme de 53 ans, toujours sain et qui n'abusa jamais ni de boissons spiritueuses ni de fumer, souffrait depuis un an de sensation de sécheresse à la gorge spécialement le matin, d'où venait le besoin de cracher fréquemment soit avec élimination de mucosité, soit sans rien; très rarement il avait de la toux: la voix ne subit jamais de modification. Le malade se présenta à la Clinique du Prof. Schrötter pour être traité des souffrances ci dessus mentionnées. A l'examen on constata un catarrhe pharyngo-laryngien chronique avec développement notable de la luette. En outre sur la face antérieure de l'épiglotte et précisément dans sa moitié droite, à l'externe du ligament glosso-épiglottique médian, près de sa marge libre, on y rencontrait une petite vessie plus grosse qu'un pois, de couleur blanche jaunâtre transparente à surface lisse luisante, qui au toucher avec la sonde se montrait élastique et très mobile car elle était fournie d'un pédoncule long et mince. Le malade n'accusait aucun autre sensation gênante dans la gorge, comme de corps étranger etc. Ce malade m'avait été confié pour le traitement et j'avais résolu d'extirper ce kyste en le prenant au pédoncule par une pince laryngienne pour pouvoir examiner ensuite à mon aise son contenu et ses parois. Mais en attendant, le malade qui venait à l'Ambulatoire ne se présenta plus et je dûs m'absenter de Vienne. (Observ. du Dr. Cervesato à la Clinique de Prof. Schrötter, Voir fig. 3 e 4).

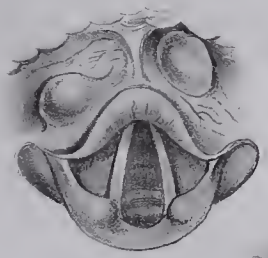
Terminée de cette manière l'exposition des différents cas de kystes laryngés que j'ai recueillis et observés, je ne puis laisser l'argument sans témoigner ma reconnaissance au très honoré Dr. Chiari, assistant à la Clinique pour les maladies de la gorge, dirigée par le Prof. Schrötter, lequel me fut très généreux de ses instructions et de ses conseils et m'encouragea à entreprendre le présent travail.

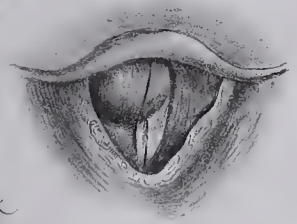


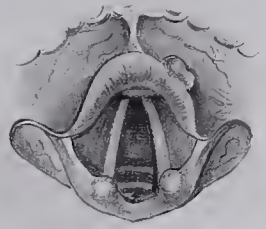


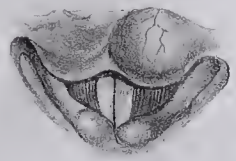


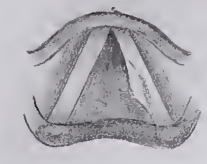


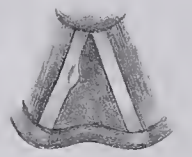


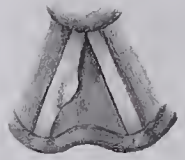


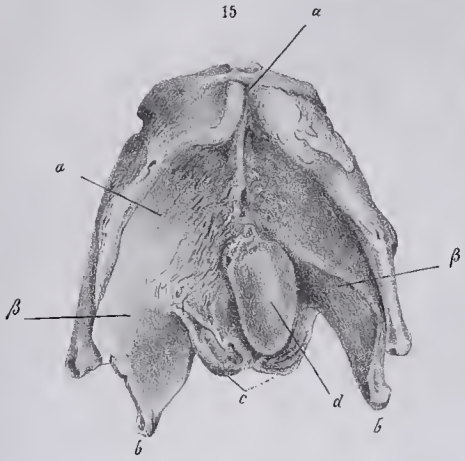


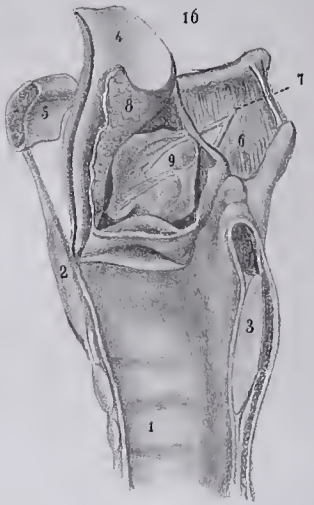












Padova Stab P Prosperini

DESCRIPTION DES FIGURES DANS LA PLANCHE ANNEXE

1. Kyste à la face antérieure de l'épiglotte. — Observ. du Prof. Schrötter.
2. Kyste du repli ary-épiglottique gauche. — Observ. du Dr. Cervesato à la clinique du Professeur Schrötter, N. 83.
3 et 4. Kyste à la face antérieure de l'épiglotte pris sous différents points de vue. — Observ. du Dr. Cervesato à la Clinique du Prof. Schrötter, N. 85.
5. Deux kystes à la face antérieure de l'épiglotte. — Observ. du Prof. Schrötter, N. 63.
6. Kyste à la marge libre de l'épiglotte. — Observ. du Prof. Schrötter, N. 64.
7. Kyste à la face antérieure de l'épiglotte. — Observ. du Dr. Oertel, N. 45.
8. Kyste à la face antérieure de l'épiglotte. — Observ. du Dr. Beschorner, N. 48.
9 et 10. Kyste à la face antérieure de l'épiglotte. — Observ. du Dr. Mackenzie, N. 40 et 41.
11. Kyste du ventricule de Morgagni droit. — Observ. du Dr. Bruns, N. 7.
12, 13 et 14. Kystes aux cordes vocales inférieures. — Observ. du Dr. Sommerbrodt, N. 59 et 62.
15. Kyste préépiglottique. — Observ. du Dr. Wenzel-Gruber, N. 46.
16. Kyste du repli ary-épiglottique rencontré par Luschka dans le cadavre d'une femme : 1 Trachée. — 2. Cartilage thyroïde. — 3. Piastre du cartilage cricoïde. — 4. Epiglotte. — 5. Os hyoïde. — 6. Membrane thyreo-hyoïdienne. — 7. Nerf laryngien supérieur. — 8. Page interne soulevée du repli ary-épiglottique. — 9. Kyste — N. 42.
17. Le même larynx vu de l'extérieur: 1. Muscle thyréo-hyoïdien renversé en haut. — 2. Extrémité supérieure du kyste saillant dans la cavité d'une bourse muqueuse sous-hyoïdienne latérale.
13. Kyste de la face antérieure de l'épiglotte. — Observ. du Dr. Luschka, N. 43.

M. ZAWERTHAL ajoute quelques mots sur l'anatomie de la muqueuse des cordes vocales surtout à propos de l'existence des glandes dans cette muqueuse comme il a pu s'en convaincre par le moyen de préparations microscopiques. L'existence des glandes, une fois démontrée, il est facile d'expliquer l'étiologie des kystes. Il a aussi observé que fréquemment le siége des kystes sur les rubans est dans un point placé entre le tiers antérieur et les deux tiers postérieurs du ruban là où se forme un nœud de vibration, et par conséquent il doit y survenir plus qu'ailleurs des troubles de circulation et de sécrétion des glandes.

M. MASSEI loue l'excellent ouvrage de M. Cervesato. Lui aussi admet l'existence des glandes dans la muqueuse des cordes vocales, bien qu'elles ne soient pas admises par Luschka.

M. MASSEI donne lecture de son travail qui a pour titre *Contribution à l'étude des maladies du ventricule de Morgagni.*

Messieurs,

L'importance de l'examen laryngoscopique dans les maladies du larynx et celles d'autres organes et dans les maladies diathésiques est trop reconnue dans la science pour oser d'en parler à vous qui avez tous coopéré pour la faire ressortir. Les avantages que nous tirons du miroir laryngien relativement aux pressions intra-toraciques sur les nerfs récurrents, relativement à la tuberculose et la syphilis, sont bien reçus de préférence par ceux qui ont la pratique du laryngoscope, dans les cas où les symptômes laryngiens sont les seuls, ou

bien les autres phénomènes physiques si peu accentués, que sans l'inspection directe il ne serait possible de faire un diagnostic exact.

Cependant pour ne pas s'y méprendre quant aux symptômes objectifs, il faut la connaissance profonde de la technique et de la sémiologie laryngoscopique, deux choses qu'on arrive à posséder par le long exercice. En effet, sauf l'âge du malade et quelques obstacles insurmontables, il est bien rare que l'on soit forcé à renoncer à l'examen par le miroir.

Celui qui possède cette pratique, d'un seul coup d'oeil explore la cavité, les endroits les plus reculés et les plus cachés, et si l'éclairage est satisfaisant et bien réglé, et le malade est docile, on parvient à examiner la trachée pour un bon trait, la bifurcation souvent, la bronche droite ou toutes les deux à la fois dans quelque circonstance plus spéciale. Mais il reste toujours une région, je veux dire la cavité du ventricule de Morgagni, à laquelle l'inspection directe ne peut parvenir, et, on peut bien avancer sans vouloir paralyser le progrès, qu'on n'y parviendra jamais. Cette région est étendue comme nous le savons de l'anatomie; elle est essentielle au développement de certains processus morbides, ainsi que l'histologie et la physiologie nous l'apprennent; elle est par fois le siége de troubles morbides qui y restent cachés jusqu'au moment où l'on est faché de les avoir reconnus trop tard.

Il est vrai que l'oeil arrive à l'orifice de cette cavité et aux entourages; il est vrai aussi que l'on peut saisir les symptômes collatéraux, mais puisqu'ils sont les mêmes dans plusieurs maladies, il reste toujours à savoir de laquelle en particulier il s'agit, et pour le traitement, sans aucun doute, il vaut bien la peine de faire à temps ce diagnostic.

Or, comme le hasard m'avait ramené à l'observation de plusieurs exemples de maladies du ventricule, et que je crois cette étude d'une utilité incontestable, je me suis décidé à vous présenter cette grave question, et j'examinerai en votre présence :

1. Les maladies qui se développent comme fait primitif dans les ventricules de Morgagni;
2. Les raisons de préférence de siége;
3. Leur diagnostic et les moyens par lesquels on peut le poser;
4. Les probabilités ou non d'un traitement local.

I.

Pour bien commencer il est indispensable de séparer tout d'abord les lésions générales de toute la cavité, de celles qui restent limitées au ventricule: les premières ne peuvent entrer dans ce tableau, car la participation ou non du ventricule est une chose d'une importance secondaire, et il ne reste que les secondes. Savoir quelles sont ces lesions, c'est faire un grand pas dans la grave question du diagnostic.

1. Je commencerai par une lésion aussi facile à comprendre, que rare et peu illustrée; l'hernie du ventricule de Morgagni, que l'on pourrait nommer aussi relâchement ou renversement.

Par suite de catharres chroniques répétées, d'épaisissement de la muqueuse et de l'hypertrophie de ses glandes, la portion de la muqueuse laryngienne qui tapisse la cavité et l'arrière-cavité des ventricules de Morgagni, et qui adhère assez intimement aux tissus sous-jacents, peut-être tiraillée, déta-

chée en quelques points, et sous la persistance de certaines causes morbides, les efforts de la voix surtout, elle peut se montrer hors de l'orifice, sous forme d'un repli muqueux ou d'une tumeur qui recouvre le ligament vocal du même côté.

Bien que l'on comprenne parfaitement sa manière de production, malgré la fréquence des inflammations chroniques, l'hernie du ventricule a été observé très rarement: on peut compter les quelques observations, et nous rappelerons entre celles qui viennent d'être publiées: la première, très intéressante, de M. Lefferts (1876), d'un relâchement double, pour lequel il fallu pratiquer la thyrotomie; l'autre très remarquable aussi de M. Zawerthal (1877) opérée par les voies naturelles, et 2 de MM. Moxon et Mackenzie reconnues après la mort.

Ces observations prouvent donc que l'hernie du ventricule est un fait rare, mais que nous pouvons la reconnaître comme une maladie autochthone du ventricule.

2. Personne ne peut connaître mieux que le laryngoscopiste les ravages que la phthisie et la syphilis produisent dans le larynx: en effet les conditions favorables qui nous permettent de faire de l'anatomie pathologique sur l'homme vivant au moyen de l'examen laryngoscopique, ont énormément agrandi nos connaissances à cet égard. Nous connaissons assez bien les différentes formes initiales de la tuberculose et de la syphilis laryngienne.

Or, quand l'un ou l'autre des deux processus revête la forme ulcéreuse, il s'ensuit que l'organe en est frappé en totalité ou bien en quelque région seulement.

Dans le premier cas les ventricules pourraient ne pas être ménagés; dans le second il est bien rare que le point de départ soit la cavité ventriculaire, et encore plus que le processus y reste borné.

Pour la tuberculose du larynx il suffit d'emprunter les données à un travail très interessant de M. Heinze.

Cet éminent confrère, qui a rédigé une statistique minutieuse au plus haut degré, nous apprend que dans le ventricule de Morgagni on ne rencontre que des ulcérations exclusivement tuberculeuses, mais la fausse corde vocale y est toujours comprise, et on peut toujours en voir la surface, qui répond à la cavité laryngienne, avec le laryngoscope.

On ne saurait nier *a priori* que l'ulcère tuberculeuse puisse commencer par le ventricule, mais les observations les plus attentives nous font savoir que pratiquement ce n'est pas ainsi, et le ventricule n'est point la région qui soit le siége preféré du tubercule, comme il arrive pour les cordes vocales et les aryténoïdes. Nous savons que les formes initiales de la tuberculose laryngienne ont une préférence pour la muqueuse interarytenoïdienne, les arytenoïdes, et les cordes vocales: ce serait une erreur de dire que les ventricules sont ménagés quand on les a trouvés remplis de pus qui sort à la pression, et que souvent il sont tapissés par une exudation diphthéroïde, que la muqueuse se relâche et s'ulcère; mais on ne peut guère affirmer que l'infiltration et l'ulcération tuberculeuse commencent par le ventricule.

De même pour la syphilis secondaire et tertiaire. Les mêmes ravages, la même polymorphie, mais tandis qu'on parle si souvent de l'épiglotte, des ligaments, de la région sous-glottique, le ventricule ne figure jamais comme le siége unique ou celui de prédilection.

On peut donc affirmer avec assurance que si la tuberculose et la syphilis

ne mettent pas à l'abri de leurs ravages les ventricules, ce n'est pas sur eux que tombe le choix.

3. Péricchondrite. La surface plane, légèrement creuse de la lame postérieure ou interne du cartilage thyroïde, répond aux ventricules du larynx. Il s'ensuit de cette disposition anatomique que toutes les fois que ce trait est le siége d'une inflammation aiguë ou chronique, c'est dans la cavité du ventricule que les phénomènes locaux se développent, et nous voyons souvent l'infiltration séro-purulente se propager à la fausse corde vocale, dont la surface inférieure représente la paroi supérieure de la portion ventriculaire horizontale. Nous avons donc affaire alors, non pas à une maladie du ventricule, mais bien à une maladie du tissu cartilagineux qui en forme la charpente et les bornes. Nous avons affaire à un trouble pathologique qui peut exciter les doutes les plus sérieux pour le diagnostic et qui mérite d'être bien reconnu. Nous allons voir comment tout à l'heure.

4. Je ne dirai que peu de choses sur les corps étrangers du ventricule.

Si le corps est pénétré par le dehors, il est bien difficile qu'il s'arrête dans la poche ventriculaire. S'agit il d'un corps oblong, pointu, il est possible que l'un de ses bouts pénètre dans la cavité ventriculaire; mais à part la fréquence avec laquelle l'inspiration attire comme un aimant le corps étranger vers l'espace glottique qu'il peut ou non franchir, on sera toujours à même de reconnaître par l'examen laryngoscopique le corps étranger et la position qu'il occupe dans le larynx.

Quant aux corps étrangers dérivés sur place, il ne serait question que de quelque séquestre cartilagineux, conséquence d'une péricchondrite, et nous venons déjà de parler de celle-ci. Si, enfin, le corps étranger s'est glissé par une plaie extérieure, les symptômes secondaires parleront assez clair en faveur du diagnostic, quand même il serait impossible voir le corps étranger.

Il ne faut oublier, du reste, que M. Guyon nous fait savoir que sur 75 cas, 4 fois le corps étranger était entièrement caché dans un des ventricules.

5. J'en viens maintenant aux tumeurs.

Par ordre de fréquence nous trouvons parmi celles qui ont été observées dans la poche ventriculaire, en première ligne l'épithéliome, puis les kystes (un cas de kyste hydatique à été rapporté par M. Ryland); et enfin les sarcomes et l'encéphaloïde.

Il est singulier que les adhénomes, très rares dans le larynx, n'aient été observés qu'à l'épiglotte, les cordes vocales et la face interne de l'aryténoïde; mais pour les papillomes, les fibromes, les angiomes, les tumeurs amyloïdes les mixomes, etc. le siége de prédilection est tout autre.

D'après cette rapide revue d'anatomie pathologique on voit évidemment que le tableau des maladies du ventricule se resserre peu à peu de beaucoup, et les lésions initiales ne sont que l'hernie, la péricchondrite, les corps étrangers, un très petit nombre de tumeurs. Nous pouvons donc tirer de ces premières données un corollaire clinique très intéressant, savoir que les maladies qui débutent par le ventricule laryngien sont les seules que nous venons de mentionner.

II.

Pouvons nous savoir pourquoi il en est ainsi? Y a-t-il une explication physiologique satisfaisante sur la rareté de ces processus morbides?

L'anatomie nous apprend qu'à la partie postérieure, supérieure et externe des ventricules il y a un grand nombre de glandes à grappes destinées à lubrifier la muqueuse par une sécrétion continue et abondante.

D'ailleurs les troubles que nous avons vus, se portent de préférence aux glandes ; l'hypertrophie de leur cul de sac, l'épaississement du tissu conjonctif péri-glandulaire, nous ont déjà rendu compte des lésions de la muqueuse qui aboutissent au relâchement, et pour les tumeurs, ce sont encore les glandes le point de départ, soit qu'il s'agisse d'une rétention (kyste), soit d'une néoproduction dans toute l'étendue du mot. Le cancroïde, en effet, se développe de préférence sur les muqueuses qui sont garnies de glandes, et c'est dans la cavité de celles-ci que commence la formation de cellules épithéliales lesquelles en suite en atrophient la paroi et infiltrent les tissus prochains.

D'ailleurs, si les ventricules, comme nous allons le voir, sont appelés à fonctionner assez souvent, ils ne doivent ressentir ni un effort grave ni de mouvements considérables, et leur cavité ne doit permettre dans les conditions de phonation, que le seul contact de l'air atmosphérique ; ils sont passifs dans leurs fonctions.

Bref: la structure de la muqueuse d'une part, et la passivité fonctionnelle de l'autre représentent une disposition à certains processus morbides, et nous expliquent la rareté des autres.

III.

Diagnostic. Le diagnostic des maladies du ventricule de Morgagni, de cette cavité qui se dérobe à l'examen par le miroir laryngien, ne peut être qu'un soupçon.

Jusqu'à ce que la lésion ne déborde l'orifice, et quelle ne provoque des symptômes collatéraux, les troubles fonctionnels sont si peu marqués que l'on ne pourrait porter sur eux un diagnostic exact.

Examinons la valeur de trois symptômes saillants, savoir la douleur, les troubles de la respiration, et de la phonation.

La douleur, ou bien une sensation de gêne, de pointe à l'endroit du larynx auquel correspond le ventricule, ne saurait être comprise que par effet d'ulcère ou de tumeur cancéreuse, ou bien de corps étrangers ; mais elle peut être si peu marquée, ou paraître si tard, que l'on ne saurait trop s'y fier, et c'est à l'accord d'autres symptômes qu'il faut faire attention.

Quant le mal est tel à effacer toute la cavité ventriculaire, soit par la présence de tissus hyperplasiques, soit parce que la muqueuse relâchée et encore plus une tumeur qui déborde l'orifice s'applique sur la corde vocale de manière à en empêcher les vibrations, ou bien parceque l'engorgement des tissus empêche le libre mouvement de l'articulation crico-aryténoïdienne et par là l'adduction de la corde, il peut en suivre des troubles phonétiques qui varient entre le plus simple enrouement et l'aphonie complète.

Je n'ai pas la prétention de discuter ici sur l'importance physiologique du ventricule de Morgagni, mais les faits cliniques assez nombreux qui se sont présentés à mon observation me portent à croire entièrement à la partie que les ventricules prennent à la phonation. Sans m'engager dans des opinions personnelles, je dirai que l'idée de regarder les poches ventriculaires tout simplement comme le réservoir des mucosités destinées à lubrifier les cordes vo-

cales, ne me parait pas satisfaisante. Il y a d'abord des glandes que M. Coyne a bien démontrées entre le ligament fibro-élastique et la partie superficielle de la muqueuse, dont le conduit très long, s'ouvre obliquement au bord libre du ligament vocal, et ce sont celles-ci qui remplissent ce but.

Les troubles du résonnement de la voix, en outre, que nous voyons si souvent dans les maladies ventriculaires, doivent nous faire songer à une fonction bien plus intéressante encore.

Je ne puis non plus accepter que les parois de ces mêmes cavités soient presque toujours affaissées et elles ne contiennent pas d'air, car on ne saurait comprendre le développement très considérable du ventricule et celui énorme qu'il prend chez les singes urleurs.

Il faut se rappeler aussi que les fibres du muscle thyro-aryténoïdien qui se perdent dans la portion postérieure des replis ary-épiglottiques, croisent obliquement la portion horizontale du ventricule, et c'est là justement que l'on aperçoit le rétrécissement entre cette portion et la verticale, que l'on appelle arrière-cavité du ventricule. La contraction de ce faisceau augmente la rigidité des parois ventriculaires, et leur convibration ne saurait être indifférente sur les caractères du son glottique.

Nous pourrons nous rendre compte des troubles respiratoires, lorsque l'engorgement et l'infiltration entravent le mouvement de l'articulation crico-aryténoïdienne et empêchent par suite l'abduction de la corde vocale. Je crois qu'en général dans les rétrécissements du larynx, on n'estime pas à sa juste valeur l'ankylose de cette articulation, et de ma part je suis convaincu qu'en plusieurs processus morbides, le croup, ce qu'on appelle encore improprement œdème du larynx, etc., le boursoufflement de la muqueuse ne peut guère expliquer tout le degré du rétrécissement. Quand on pratique avec beaucoup de soin l'examen laryngoscopique, on est souvent frappé de la disproportion entre l'engorgement et la sténose, et il serait très banal d'expliquer celle-ci par le fait tout simplement de l'engorgement des parties, oubliant que tout au tour de l'articulation les tissus infiltrés sont un obstacle sérieux aux mouvements concentriques et excentriques.

Pour en venir maintenant au diagnostic, il faut considérer que toutes les fois que la lésion a franchi la limite de l'orifice, le miroir laryngien nous met sous l'œil la réalité des choses. Cependant il peut se faire aussi que les phénomènes d'engorgement collatéral couvrent tout ce qui sort du ventricule, et on est de nouveau dans l'embarras.

Néanmoins lorsque après des examens répétés à plusieurs reprises on à le droit de penser que le point de départ de la maladie soit le ventricule, la connaissance des processus morbides qui de préférence commencent par ce siége, viendra avec la plus grande utilité à notre aide.

S'agit-il d'une hernie ou d'un kyste? On ne pourra suivre jusqu'à sa source la néoproduction, mais le laryngoscope nous montrera que c'est bien dans le ventricule son point de départ.

Des végétations sous forme de bourgeons charnus paraissent à l'orifice de cette cavité? Il est logique d'exagérer l'interprétation des faits jusqu'à soupçonner qu'ils ne soient qu'une partie d'une tumeur cachée dans le ventricule.

Si enfin l'œdème de la fausse corde recouvre les parties sousjacentes, on ne pourrait pleinement affirmer qu'il s'agit d'une simple perichondrite ou d'une tumeur cancéreuse, dont la première pourrait encore en être la conséquence.

Or, si l'on peut écarter la syphilis et la tuberculose, et que les causes classiques de la perichondrite rhumatismale, très rare du reste, soient absentes, la possibilité d'une tumeur cancéreuse doit revenir à l'esprit.

J'avoue qu'au commencement da ma pratique je ne suis parvenu que bien tard à ce diagnostic, mais quand j'ai pu peser un peu mieux la valeur de certains symptômes, j'ai avancé des jugements qui ont été confirmés par l'autopsie. Je me rappelle entre autres un cas classique chez lequel on a pratiqué la trachéotomie; le malade succomba par suite d'une pnéumonie. On enleva le larynx et tout en ayant l'organe à sa disposition, rien n'était à voir dans la cavité. J'ai insisté pour qu'on ouvrît le ventricule du côté gauche, et on fut surpris d'y trouver ainsi que je l'avais déjà prévu, une tumeur que le microscope déclara un cancer. Il faut donc exagérer les inductions, faire un diagnostic différentiel, mesurer les chances de l'un, ou de l'autre processus morbide; et si la tumeur a les plus grandes probabilités, en se rappelant que l'épithéliome, le sarcome, l'encephaloïde sont les plus fréquents à observer, on peut avancer des craintes en faveur d'un néoplasme à démarche rapide.

IV.

Cette étude clinique, Messieurs, que je viens d'exquisser devant vous, avec la brièveté nécessaire à ne pas fatiguer votre attention, nous ramène directement à une question bien sérieuse, celle du traitement.

On comprend aisément que si le diagnostic des maladies du ventricule de Morgagni est difficile, le traitement en est plus difficile encore. Est-il question d'un relâchement unilatéral ou double? On pourrait choisir entre une opération par les voies naturelles (comme M. Zawerthal a fait et je le préférerai toujours) et la laryngotomie.

S'agit-il d'une périchondrite thyroïdienne? Le traitement sera l'ordinaire et en ligne symptômatique la trachéotomie si la dilatation par la méthode de Schrötter n'est pas suffisante.

Un corps étranger s'est-il-arrêté par un de ses bouts dans le ventricule? Eh bien! s'il est possible de le retirer par les voies naturelles, on essaira, avant ou après la trachéotomie, et si cela est impossible, on pratiquera la thyrotomie.

Dans le cas d'ulcère tuberculeuse ou syphilitique, on fera le traitement local ordinaire, et sous l'influence d'un traitement général, cette ulcération guérira, ou non, en proportion de la résistance que le processus morbide offrira aux agents médicamenteux.

Et pour les tumeurs?

Voilà le point le plus saillant de la thèse que j'ai posée.

Si on a affaire avec un kyste qui déborde le ventricule, il est possible d'ouvrir la portion saillante et cautériser. Mais s'il y a au contraire à soupçonner une tumeur cancéreuse, à quoi s'en tenir?

Je crois franchement que les procédés opératoires dans le sens du racler de pareilles tumeurs dont les racines se perdent dans l'épaisseur des tissus, ne soit guère un bon conseil, et la laryngotomie dans ce sens, pour enlever la tumeur ne saurait garantir assez contre la récidive. Dans notre siècle de progrès, où le chirurgien a pour cachet de tout oser, on a déjà pratiqué plusieurs fois, en Alemagne, en Italie, en Ecosse, l'extirpation du larynx. Vis-à-vis de cette grande opération, d'une témérité extrême, je m'incline avec

respect et je salue les Billroth, les Langenbeck, les Bruns, les Bottini, les Caselli, les Foulis, etc., comme les plus éminents chirurgiens contemporains.

Cependant il reste toujours un point obscur et délicat, je veux dire l'indication.

Dans quelles conditions pratique-t-on l'extirpation du larynx? Dans les cas désespérés, dans ceux où, coûte que coûte, il est permis de faire des essais. Le malade ne respire ni n'avale; la trachéotomie ne suffirait au traitement palliatif, car l'inédie menace la vie du malade, et encore un peu plus de loin l'infection cancéreuse.

Si la tumeur était de toute autre nature, des granulomes, par exemple, il va sans dire qu'après avoir garanti la vie du malade par la trachéotomie et l'introduction de la sonde œsophagienne, par des manœuvres patientes ed intelligentes faites sur le guide du laryngoscope, on pourrait traiter et dompter la maladie originaire.

Or dans le cas du cancer primitif du larynx qui débute par le ventricule, malheureusement on ne le reconnait que tard; lorsque la dyspnée et la dysphagie augmentent et se somment; lorsque on n'a plus à s'y méprendre sur la démarche progressive de l'affection, lorsque la tumeur a gagné en étendue. Dans ces cas malheureux, les chances de la récidive sont immenses, et l'indication ne satisfairait point l'honneur de la science. Mais si le laryngoscopiste (car c'est lui de préférence qui le miroir à la main, étudie l'étendue, le siége, les périodes d'une maladie du larynx), a tous les élements pour se prononcer en faveur d'une tumeur cancéreuse du ventricule, c'est à dire qu'il a porté son jugement sur des examens répétés, sur une analyse soigneuse et une exacte notion de l'étendue de la tumeur, il aurait dans ses mains une indication classique pour conseiller l'extirpation du larynx.

Le ventricule, sorte de poche naturelle peut se considérer, dans ce cas, comme la cloison qui sépare les tissus morbides des sains, si la voie par les lymphatiques n'est pas encore ouverte au transport de matériaux infectieux.

Extirper le ventricule, vaut bien sûrement enlever toute la tumeur, éloigner des tissus sains le foyer meurtrier en conditions bien plus favorables que lorsque le cancer est sur la paroi comune aux larynx et à l'œsophage, c'est à dire *mixte,* comme très judicieusement l'appelle M. Fauvel.

Il ne faut pas non plus attendre l'engorgement glandulaire et le marasme, la propagation par la voie des lymphatiques du reste, ne se fait, pour le larynx que très tard à cause des communications si peu nombreuses avec les ganglions extérieurs; mais il faut faire le diagnostic avant, et c'est le laryngoscopiste, je le répète, qui le doit; c'est lui qui peut le mieux conseiller le chirurgien à intervenir ou non. Il faut se rappeller de ce que j'ai dit de la symptômatologie, et pour ne pas y revenir je présente à votre savant jugement pour le diagnostic et le traitement des maladies du ventricule de Morgagni, les conclusions suivantes.

1. Les maladies du ventricule de Morgagni sont d'un diagnostic très difficile.

2. La connaissance des processus morbides, qui ont été observés dans cette cavité, facilite beaucoup le jugement, car les formes initiales (les corps étrangers à part) ne sont que l'hernie du ventricule, la périchondrite de la lame du thyroïde qui répond à la cavité ventriculaire, les tumeurs.

3. La prévalence de l'épitheliome, du sarcome et de l'encéphaloïde, parmi

ces dernières, doit nous porter à croire à un néoplasme à démarche rapide, toutes les fois que le kyste n'en soit évident.

4. Les opérations endolaryngiennes restent paralysées en grande partie par la difficulté du siége; et parmi les processus opératoires extra-laryngiens, le cancer du ventricule fournit l'indication la plus rationelle à l'extirpation du larynx et les garanties les plus sérieuses, pourvu que l'on fasse à temps le diagnostic.

M. Llewelyn Thomas fait une communication sur le *Traitement des varices de la bouche, du pharynx et du larynx.*

Beaucoup des maladies et des mauvaises conditions de la bouche, du larynx et du pharynx sont produites, aggravées, ou rendues chroniques par l'existence de veines variqueuses, qui passent souvent inobservées, soit à cause de leur position cachée, soit que leur importance et signification pathologique n'est pas connue.

Bien que ces veines lorsqu'on les trouve dans ces positions ne soient pas généralement décrites comme veines variqueuses, elles sont cependant, souvent de véritables vaisseaux dilatés constamment et pas simplement gonflées momentanément, ou par des causes passagères.

Elles sont souvent unies à une pareille condition ou disposition dans d'autres parties, quoique, plus souvent elles doivent leur existence à des influences purement locales.

Elles se rencontrent certainement plus souvent chez les personnes âgées ou affaiblies, et chez les pauvres qui ont souffert des privations prolongées.

Les chanteurs, les acteurs, les prédicateurs, les criers publics, les colporteurs et tous ceux qui se servent de leur voix professionellement sont sujets à cette affection.

La préexistence ou la coexistence de la syphilis, de la ranula, de la bronchite, de la dyspepsie chronique ou de la phthisie, est souvent alliée à cette condition. Les différentes situations dans lesquelles les veines variqueuses se trouvent principalement, seront décrites séparément, car les symptômes produits varient considérablement.

La langue est très-communément atteinte, ou le long des côtés dans la substance de l'organe et dans les plis de la membrane muqueuse qui se dirige vers la mâchoire inférieure, où, à la racine et dans les ligaments glosso-épiglottiques. Quand le mal se présente sur les côtés de la langue il m'a semblé être la suite d'une affection syphilitique de la bouche.

Cependant cette condition s'aperçoit généralement indépendante d'une dyscrasie constitutionnelle dans les personnes âgées ou affaiblies et dans ce cas il n'est pas rare de la voir associée à la ranula, mais j'ai observé aussi la même condition chez des personnes très-jeunes. On se plaint en général d'une grande douleur et toujours d'une sensation de malaise général.

A la racine de la langue les veines gonflées sont généralement accompagnées du grossissement des papilles qui donnent beaucoup de tourment. Le malade met souvent le doigt au fond de la gorge pour indiquer l'endroit précis de son mal, ou, comme il arrive fréquemment il a observé l'état des papilles dans un miroir et en suggère l'enlèvement. Le pharynx et les piliers sont aussi très-souvent envahies, et ici on peut facilement découvrir les veines. Les chan-

teurs et les orateurs souffrent plus des autres de cette forme du mal; dans ces cas le timbre de la voix devient très-altéré, et la douleur et la fatigue surviennent facilement, après le moindre effort vocal.

Les granulations et les végétations adénoïdes ne sont pas rarement séparées de cette condition, et dans ce cas, elles sont, comme, je crois, mon collègue M. Lennox Browne a été le premier à le démontrer, plus probablement le résultat, que la cause. On peut dire la même chose du catarrhe retro-nasal si fréquemment associé à cette condition des varices, dans la région pharyngienne.

De même l'on peut questionner si la luette relâchée apporte des varices ou en est une directe conséquence. Je considère que l'état de relâchement général de la membrane muqueuse amène la condition variqueuse des veines environnantes.

J'ai observé généralement deux ou trois veines sur la paroi postérieure pharyngienne et une sur chacun des piliers: il est aussi très commun de voir une large veine serpenter en bas de l'uvula.

J'ai quelquefois découvert une veine tortueuse et gênante, en relevant l'uvula et le voile du palais; ceci peut occasionner de grands inconvénients et même empêcher de chanter ou de parler longuement et cependant échapper à l'observation, je puis ajouter que l'emploi du rhinoscope est inutile dans ces cas. Les symptômes produits par ces veines dans le pharynx sont bien différents: souvent de la sécheresse, très souvent une grande douleur, apparemment névralgie, qui devient quelquefois si forte que les malades deviennent ennuyés, abattus et tristes, si on leur dit que leurs souffrances proviennent seulement d'une condition de relâchement de la gorge. Il y a toujours beaucoup de difficulté en parlant et chantant longuement, la voix pour chanter est généralement très altérée si non ruinée, au plus on peut réussir avec de grands efforts et de grandes fatigues à donner quelques sons.

Une autre position où j'ai rencontré des exemples très marqués de veines variqueuses est sur la surface linguale de l'épiglotte. Ici on les trouve dans deux conditions; dans la congestion générale du larynx, et dans le commencement de la phthisie laryngienne, dans ce dernier état, la veine gonflée et violacée contraste fortement avec la condition anémique du larynx et du cartilage épiglotte.

Les symptômes qui l'accompagnent invariablement consistent en une douleur légère en avalant, et une sensation comme si un poil ou un cordon étaient fixés au fond du gosier.

A l'intérieur du larynx j'ai observé des veines dilatées et tortueuses sur les cordes vocales, et quelquefois sur les fausses cordes; dans un cas surtout cette condition était unie à un abcès à l'extérieur qui communiquait sans doute avec le ventricule de Morgagni.

D'après une observation soignée de deux cas de varice sur les cordes vocales, je conseillerais une grande précaution pour le pronostic sur le retour de la voix normale en parlant ou en chantant, car j'ai trouvé qu'après avoir ôtée toute congestion générale du larynx, si les veines variqueuses restent, l'altération de la voix continue.

Je sais qu'il a été question si on peut considérer cette condition laryngienne de la varice comme un mal distinct, je suis certainement de l'avis qu'elle l'est, tant dans son apparence que dans ses effets.

Quant à la manière de la traiter, je dirai sans hésitation que l'objet plus

important est de faire disparaître la veine offensive, ce que l'on peut faire avec facilité dans certaines situations: la difficulté principale est d'obtenir un point d'appui et de ne détruire rien hors la veine.

Moi même, j'ai employé quatre méthodes pour en obtenir la disparition complète, que je vais énumérer en ordre de mérite, quoique elles soient adoptées dans differentes situations et classes du mal; c'est à dire, le nitrate acide de mercure, le galvano-cautère, le crayon de nitrate d'argent et les ciseaux ou le couteau.

Je puis hautement recommander le nitrate acide de mercure, non seulement pour les opérations dans la gorge, mais aussi pour l'enlèvement de petites tumeurs quand il est important d'empêcher une cicatrice, car si il est employé avec soin il ne s'étend pas et ne cause que peu de douleur.

On doit se servir du nitrate acide sur une tige d'aluminium dont la pointe a été enveloppée d'un peu de laine, ou, on peut bien l'appliquer par moyen d'une sonde en bois, ou même d'un tube capillaire de verre fait exprès.

Ce traitement est très adapté pour enlever les veines sur la langue, le pharynx et les arcades palatines, ainsi que pour les granulations pharyngiennes. Avec des précautions on peut l'appliquer quelquefois à l'épiglotte.

La sonde couverte de laine doit être trempée dans l'acide et appliquée sur la partie plus gonflée de la veine pendant 20 ou 30 secondes; en l'enlevant une eschare blanche se sera formée et pour éviter la douleur, ce dont on se plaint rarement, on doit laver la bouche avec une solution alcaline, et on doit souffler de la poudre de morphine sur la plaie.

Au bout de deux jours l'eschare se détache et en général on trouve que la veine est disparue, mais si elle est encore très dilatée une seconde application sera nécessaire. Si des granulations coexistent dans le pharynx, il faut les traiter en même temps et dans la même manière, et on les apercevra rétrécies après l'effacement des veines qui les entourent.

On peut aussi se servir du crayon de nitrate d'argent de la même manière mais l'effet caustique se répand davantage, et il n'a pas été aussi efficace que le nitrate de mercure.

Le galvano-cautère offre un moyen très actif pour détruire ces veines sur la langue, le pharynx et le larynx, mais comme règle je ne l'ai pas trouvé supérieur au nitrate acide de mercure, je le considère cependant pour bien des motifs, supérieur au cautère Paquelin, tant recommandé par le docteur Krishaber duquel je respecte beaucoup l'opinion. Le galvano-cautère, le cautère Paquelin et enfin tout les cautères actuels sont toujours embarrassants à s'en servir et capables d'effrayer le malade avec l'idée qu'on doit lui faire une opération, et je préfère pour cela un remède plus simple, qui n'épouvante pas.

Le galvano-cautère cependant est très utile dans les opérations sur la langue, surtout à la base.

J'ai réussi une seule fois à faire disparaitre complètement une veine sur l'épiglotte avec le nitrate acide et dans ce-cas là le malade en supportait très bien l'application et le résultat était très satisfaisant.

Dans le peu de cas où j'ai observé des varices sur les cordes vocales, je me suis bien gardé de me servir d'une application puissante car il me semble essentiel que l'application soit faite à la veine même accompagnée d'une certaine pression pour s'assurer de la coagulation du sang contenu et de l'inflammation destructive dans les parois du vaisseau.

M. Zawerthal expose ses *Etudes cliniques sur les affections syphilitiques du larynx.*

Messieurs,

Dans ces temps heureux où l'on a pu découvrir le mécanisme des différentes parties du larynx et où des médecins rêvant de nouveaux triomphes dans l'art de guérir, des physiologistes tourmentés du désir d'expliquer les phénomènes, des chanteurs avides de pénétrer les secrets des plus beaux talents, se sont livrés à de patientes recherches, et des observateurs pleins de sagacité, après avoir vu mettre en évidence de minutieux détails de la structure des organes respiratoires sains et malades, ont pu créer toute entière la pathologie du larynx et de ses annexes; dans ces temps, dis je, et dans de pareilles conditions, rien de plus intéressant pour la science et de plus profitable à une grande partie de l'humanité souffrante que de se dédier à l'étude sérieuse des maladies du larynx qui vont être peu à peu si merveilleusement éclairées dans leur diagnostic de même que dans leur traitement.

Une pareille tâche, quoique elle ait pu sembler à plusieurs assez facile pour être atteinte, est néanmoins parsemée d'énormes et nombreuses difficultés dont seulement une longue patience, l'incessant travail de tous les jours et une profonde connaissance des lois de la pathologie générale de la part d'hommes entièrement voués à de semblables études savent heureusement triompher. Aujourd'hui au sein du monde médical ennobli par tant de culture, des esprits d'élite ayant tout préparé pour les découvertes plus brillantes, le jour où l'on put avoir devant ses jeux le spectacle des nombreuses actions de l'instrument dont joue le chanteur, c'était bien logique qu'un certain nombre de savants en affrontant ces difficultés et en s'adonnant exclusivement à des pareilles investigations se fut il distingué par l'éclat des résultats de parmi la rangée des autres confrères voués ou à la pratique générale, ou bien plus principalement à des autres branches de l'art de guérir.

Les vieux préjugés, la routine, et bien des fois l'ignorance de la foule qui est toujours liée avec acharnement aux vieilles choses, et qui n'accepte qu'avec beaucoup de méfiance les conquêtes du progrès, ont souvent jeté le mépris et le ridicule sur le mérite des médecins spécialistes. Mais pour ce qui nous concerne, les nombreux malades arrachés à la mort, et la reconnaissance éternelle des chanteurs et des orateurs auxquels on a su redonner le trésor du chant et de la parole, sont choses suffisantes pour nous dédommager de la vilaine et vulgaire injustice. Pas autrement a été accueilli M. de Graefe quand il démontrait pour la première fois son ophtalmoscope à la Société médicale de Vienne, tandis qu'aujourd'hui il n'y a pas un médecin qui se respecte, qui puisse se passer dans son exercice professionnel de l'emploi de ce précieux instrument.

Je n'abuserai pas non plus de votre temps et de votre bienveillante attention en tâchant de vous démontrer, la clinique à la main, la haute importance de la laryngoscopie et de ses heureuses applications.

Il serait d'abord parfaitement inutile, parce que vous tous en êtes complètement convaincus; et encore parce que vous partagez sans doute mes idées là dessus. Sans cela, je n'aurais pas sollicité l'honneur de placer mes travaux parmi les vôtres.

Un des chapitres les plus intéressants de la pathologie du larynx est certainement celui de la syphilis de cet organe. Les affections syphilitiques de l'organe phonateur représentent en rapport de 60 pour cent les maladies pour le traitement desquelles sont réclamés les soins du spécialiste en pathologie laryngée.

Si l'on pense à la nonchalance avec laquelle les malades se préoccupent des premiers symptômes de la syphilis secondaire, si l'on réflechit au peu de gêne et de phénomènes douloureux qui accompagnent l'expression des faits pathologiques dûs à la syphilis secondaire de la gorge, de même qu'à l'ensemble d'appréciations morales qui font des personnes atteintes de la vérole, les malades les plus irrésolus à se confier aux soins d'une personne de l'art lors de l'éclosion des premiers symptômes de la maladie (aux organes génitaux, à la peau, aux ganglions lymphatiques, etc.), on ne trouvera pas exagérée la proportion que je viens d'annoncer dans mes conclusions; d'autant plus qu'elle est tirée de la plus soigneuse statistique tant des malades qui fréquentent ma clinique que des autres qui appartiennent à ma pratique privée. Tout le monde connait, du reste, l'énorme fréquence de cette maladie dans les villes, de même que l'étendue de ses ravages

On peut observer sur le larynx les altérations dues à la syphilis secondaire soit qu'elles aient été ou non, précédées de faits analogues sur la peau ou sur d'autres muqueuses.

De l'apparition de l'*Erithema syphiliticum,* il n'y a personne qui ose en douter. Elle a été reconnue positivement lors des prémières études à l'aide du laryngoscope. Quant à l'existence des plaques muqueuses, il parait aujourd'hui qu'elle doit être admise avec une certitude scientifique. S'il y avait par hasard encore quelq'un qui en doute, il lui suffirait de s'approfondir dans l'étude de la syphilis de la gorge pour effacer toute hésitation. Quoiqu'il ne soit pas nécessaire de rappeler ici tous les degrés et tous les extrêmes d'une semblable question de même que les différents aspects sous lesquels on l'a considérée de temps à autre selon les divers pays et les différentes vues pathologiques, il ne sera pas tout à fait inutile de faire mention des résultats auxquels ont su aboutir les études rigoureuses de Czermak, de Türck et plus récemment celles de Gerhardt, de Roth, de Krishaber, de Mauriac, de Fauvel, de Massei, de Gouguenheim. Tous les auteurs ont pu voir, étudier les plaques muqueuses du larynx dans les plus minutieux détails, de même qu'en donner une description exacte et acceptable. Et s'il y a eu le D. Ferras, qui sous l'inspiration du D. Isambert et sur les traces de M. Fournier et Simon Duplay s'est efforcé de combattre pas à pas le prétendu parallélisme institué par MM. Dance et Cusco entre les syphilides externes et internes, ça n'a toutefois rien changé ni amoindri la valeur des conclusions tout à l'heure annoncées en faveur de l'existence des plaques muqueuses que le D. Ferras aurait, je crois, fini lui même par accepter, s'il eut su se délivrer des préoccupations systématiques et d'une trop-grande confiance dans les opinions de M. Isambert qui ne sera pas moins pour cela une illustration de la laryngoscopie. D'ailleurs je suis heureux de pouvoir vous soumettre aussi le résultat de mes propres observations que j'ai tâché de conduire avec la plus étroite impartialité.

Bien plus d'une fois j'ai eu occasion de voir tantôt sur les cordes vocales tantôt sur la surface postérieure de l'épiglotte ou bien sur la face antero-supérieure des éminences aryténoïdes, et sur les replis thyro-aryténoïdiens des pla-

ques muqueuses bordées de leur liseré carminé, au centre légèrement déprimées, à teinte d'un gris pâle, opalines, comme justement les a aussi vues et démontrées M. Fauvel. En m'occupant avec passion de cet argument et répétant les observations et les examens, j'ai pu même noter les détails plus minutieux.

Dans la plus grande partie des cas, les plaques muqueuses se présentent sous une forme irrégulièrement arrondie, faisant une saillie plus ou moins prononcée au dessus du niveau des parties environnantes de la muqueuse. Leur péripherie est limitée par une zone inflammatoire dont parle aussi M. le Docteur Moure dans son mémoire; et leur surface en est plus ou moins plissée.

Certaines fois j'ai pu aussi constater la présence de taches d'angine pharyngée, d'*erithema nodosum* sur différentes parties de l'organisme pendant l'éruption des plaques dans le larynx. Pourtant cette coincidence est bien loin d'être constante ni elle n'est tout à fait nécessaire; et ce serait une erreur de se baser sur son absence pour rejeter *a priori* l'existence d'une plaque muqueuse sur le larynx d'une personne syphilitique; car comme l'on n'observe pas rarement un luxe d'accidents secondaires sur la peau ou sur d'autres points du corps, sans rien apercevoir en même temps sur le larynx, de même avec une pareille fréquence on est dans le cas d'observer le contraire.

J'ajoute ici et avec beaucoup de satisfaction l'expérience non redoutable de mon très-savant et excellent ami, M. le D. Massei de Naples, qui dans la section de laryngologie au Congrès médical de Pise de l'année 1878, n'a pas hésité à faire des déclarations analogues.

Comme moi, M. le D. Labus, laryngoscopiste très distingué à Milan, s'est rallié aux mêmes opinions en faveur de l'existence des plaques muqueuses.

Du reste, s'il eût même manqué l'aide de tant d'observations minutieuses, je ne sais pas comme on aurait pu *a priori* nier l'existence des plaques muqueuses sur le larynx, tandis que même parmi les ennemis les plus acharnés de nos vues, il n'y en a pas un seul qui sût lever le doute sur l'existence des condylomes syphilitiques de la même région.

N'est-ce pas manquer de logique, car qu'est-ce que sont donc les plaques et les condylomes si non deux différentes phases des altérations locales d'une unique diathèse, la vérole?

Mon ami le D. Labus, dans la discussion qui a suivi la communication du D. Massei, a avancé l'opinion que peut-être l'existence des plaques muqueuses sur le larynx a pu être niée parceque il n'est pas toujours facile de les voir à l'aide de la lumière artificielle. De ma part, dans trois cent cas, à peu-près des maladies du larynx dont je garde l'histoire complète, j'ai pu sans difficulté enregistrer quarantecinq fois l'existence des plaques muqueuses et je me sers dans mes investigations de la lampe à pétroleum aussi bien que de la lumière produite par l'appareil Drummond, comme il vient d'être construit par M. Molteni de Paris.

Quant à l'époque de leur invasion, j'ai trouvé parfois les plaques muqueuses du larynx représenter le premier symptôme de la syphilis secondaire chez des individus dans lesquels j'ai vraiment posé mon diagnostic à l'aide de cet unique renseignement clinique. Et le résultat du traitement spécifique de même que le cours de la maladie ont donné la plus ample justification de mon jugement, lorsqu'y manquait tout autre caractère distinctif et vis-à-vis à des autres diagnoses qui semblaient avoir tout pour elles.

Je crois pourtant qu'à l'égard de cet argument là, la question doit être

résolue. Et je passe, maintenant, à vous rappeler les altérations dues à la *syphilis tertiaire.*

Les infiltrations gommeuses, la chondrite, la périchondrite et les rétrécissements du larynx consécutifs de même à ces altérations qu'à la cicatrisation d'ulcérations, à la rétraction des parties cicatrisées, à l'existence des végétations ou à l'ankylose des articulations qui étaient jadis le siége des altérations syphilitiques, ce sont des faits que chacun parmi vous qui ait l'habitude des examens laryngoscopiques aura eu sous les yeux bien des fois. On rencontre dans l'organe phonateur l'échantillon de tous les ravages et de toutes les altérations des plus faibles jusqu'aux plus dangereuses dont est capable la syphilis.

En les étudiant soigneusement, j'ai pu me convaincre de la justesse des vues avancées par mes maîtres d'Allemagne à l'égard de *leur siége anatomique* et de *leur marche envahissante.* Sans tenir compte ici du grand nombre des cas où la maladie a commencé par atteindre avant-tout le pharynx, j'ai été toujours frappé par la constance avec laquelle de même que les altérations secondaires, les faits tertiaires de la syphilis se déclarèrent en premier lieu sur un point quelconque de l'épiglotte pour envahir peu à peu les autres parties du larynx en procédant dans leur chemin de haut en bas, d'avant en arrière, de l'épiglotte aux parties postérieures du vestibule laryngien qui était toujours atteint le dernier.

De mon avis, la marche des altérations tertiaires qui est assez lente pour le larynx (d'où un des caractères de diagnostic différentiel entre la syphilis et la tuberculose) se tient dans un rapport opposé avec la rapidité du cours de ces mêmes lésions quand elles envahissent le pharynx ou la voûte palatine. Je crois d'être le premier qui ait observé et étudié cet antagonisme pour lequel je réclame et sur lequel je dirige l'attention des savants.

Est-ce dû à la différente constitution anatomique de ces diverses parties? Est-ce que l'épithelium très épais qui tapisse la muqueuse du pharynx, des arcs palatins, de la voûte palatine ne saurait pas les protéger du tout contre les épouvantables et très rapides progrès de la maladie, tandis qu'il y suffirait au contraire la mince couche épithéliale du larynx? Ou vraiement est-ce dû à la grande richesse des vaisseaux lymphatiques dont est pourvue la muqueuse du palais et du pharynx? A l'état actuel de la science je voudrais laisser cette question irrésolue même en me suffisant de l'avoir proposée à la discussion en visant à quelque solution plus ou moins acceptable.

Quoique il serait très intéressant de connaître définitivement la raison d'une invasion qui s'accomplit presque toujours d'avant en arrière de l'épiglotte aux parties postérieures du larynx de la part des altérations syphilitiques que nous avons à considérer, je ne pourrais être dans l'heureuse condition de vous satisfaire là-dessus. On a bien des fois essayé avec des explications plus ou moins ingénieuses, avec des théories qui se déroulaient des diverses écoles de pathologie et des différentes vues individuelles de parvenir en fin à une solution entarissable. Mais il n'en fut rien. Le phénomène clinique est là et il attend toujours son explication.

La déscription des formes syphilitiques du larynx dont nous nous occupons à présent, me donne l'occasion de vous parler en peu de mots d'un forme particulière de syphilis du larynx que j'ai eu occasion d'observer assez fréquemment pour qu'il soit intéressant de la connaître notamment au point de vue du diagnostic différentiel et du traitement. C'est un type nosographique qui se

détache par sa marche de même que par ses attributs cliniques de toutes les formes analogues de la syphilis de la gorge. C'est une forme de syphilis laryngée que j'ai rencontrée chez des sujets chétifs de la naissance ou nés de parents syphilitiques ou tuberculeux ou même rendus maladifs par des infirmités graves auxquelles ils ont survécu. Dans la plus grande partie de ces cas, d'autres médecins avaient posé le diagnostic du tuberculose, car de fait c'est avec cette maladie que la forme de syphilis laryngée en question, a beaucoup de ressemblance.

Ce sont les individus tombés dans un amaigrissement considérable qui viennent vous consulter à cause de la perte de leur voix, de l'accumulation d'une grande quantité de catarrhe dans la gorge qui leur ôte la tranquillitè de même que le sommeil pendant la nuit. Ils ont de la toux, ils crachent beaucoup, ils sont même tourmentés par des sueurs qui les épuisent au matin. Vous allez les soumettre à un examen laryngoscopique et vous trouverez, peut-être, seulement une laryngite profonde, avec édème ou bien des ulcérations, ou même des érosions superficielles selon le dégré de la maladie. Le vestibule du larynx sera fréquemment encombré de mucus, de pus, qui gorgouille comme un liquide en ébullition pendant le tentatif de prononcer une vocale. Vous pourrez même y observer les points jaunâtres sur les surfaces ulcérées que Schrötter a donné dans ses « Laryngologische Mittheilungen » comme un signe caractèristique de la phthisie du larynx. En fait il y a toute cette richesse, toute cette abondance de sécrétion, comme je vous disais tout à l'heure sur laquelle Voltolini de Breslau dans son livre: *Anwendung der Galvanokaustik bei der Krankheiten des Larynx* etc., a fondé le diagnostic différentiel entre la syphilis et la phthisie de cet organe. Peut-être, le malade vous racontera d'avoir observé dans son crachat de temps à autre de petits rayures sanguines; jamais il n'aura eu de vrais crachats sanguins, des vraies hémoptysies. Après avoir soigneusement porté vos investigations dans le larynx, vous allez les compléter avec les résultats d'une minutieuse auscultation et de la percussion du thorax. Quelquefois vous pouvez avoir des râles muqueux, ou bien toutes les notes du catarrhe pulmonaire des parties hautes. Dans d'autres cas, ce double moyen d'analyse vous donnera un résultat négatif. Avec ce cortège anatomique et clinique vous allez probablement porter le diagnostic de phthisie du larynx avec le pronostic le plus sérieux: tandis qu'il s'agit d'une véritable syphilis laryngienne; tandis qu'il s'agit de cette forme de syphilis de l'organe phonateur dont la diagnose met bien des fois en danger la sagacité et le bon nom du médecin le plus habile.

Oui, Messieurs, dans ce cas si l'on eût questionné votre malade, s'il a éprouvé des sensations douloureuses dans le larynx, s'il a souffert de l'odynphagie dans l'acte de la déglutition, il vous aurait repondu que non, de même qu'à l'égard de l'hémoptysie qui a toujours en pratique la valeur sémiotique que lui a donné Skoda, le grand clinicien de Vienne.

Parmi les doutes d'une pareille diagnose, c'est toujours à l'absence de ces symptômes que je fais recours pour me prononcer. Les mêmes altérations du larynx étant données, l'hémoptysie, les picotements dans la gorge, l'anémie de la muqueuse pharyngienne, les troubles douloureux de la déglutition, parlent dans les cas douteux pour la tuberculose, l'absence de tous ces phénomènes pour la syphilis, quoique le malade ne veuille ou ne sache pas rappeler le fait ou l'époque d'une infection de la sorte.

C'est en méconnaissant la valeur de ces observations que j'ai vu au com-

mencement de ma pratique, des malades aller de pis en pire, tandis que le plus simple traitement spécifique leur aurait donné la santé. Depuis plusieurs années ça ne m'arrive plus, car je porte dans ces cas la plus grande attention à l'absence ou non des symptômes dont je viens de vous parler, et les résultats n'ont jamais échoués. J'ai eu dernièrement l'occasion d'en parler à Paris avec mon ami et très savant confrère M. le Dr. Fauvel, et c'est avec ma grande satisfaction qu'il m'avoua de même l'embarras dont est bien souvent cause cette forme hybride et trompeuse de la syphilis du larynx, qui fait croire assez fréquemment à la tuberculose.

Störk, dans sa *Klinik für die Krankheiten des Kehlkopfes und der Luftwege,* à propos de l'ozène syphilitique à soutenu avec chance que bien des fois l'ozène qu'on pourrait croire scrofuleux, n'est qu'un ozène syphilitique hérité. — Et bien! je pense qu'à l'égard de la forme de syphilis du larynx qui nous occupe, lorsqu'on a à faire avec des jeunes gens chez lesquels ce serait impossible d'en trouver l'étiologie, celle-ci doive être cherchée dans l'état syphilitique des parents; en ajoutant qu'il serait de la sorte dangereux que de nier chez eux la syphilis, parce qu'il manque un bon renseignement sur l'époque de même que sur le factum de l'infection. En me prenant la liberté de vous adresser cette communication, je vous engage, MM. les Confrères, à vouloir bien porter vos observations sur ce thême et à m'en donner à la prochaine occasion votre savant avis que j'attends avec autant d'empressement que de respect.

Maintenant je vais vous parler autant brièvement que possible du traitement que j'emploie avec beaucoup de succès depuis plusieurs années dans les affections syphilitiques du larynx.

Après avoir essayé tous les procédés curatifs dont j'ai eu déjà l'honneur de vous entretenir lors du Congrès internationale de Genève du 1877 à propos des affections syphilitiques du pharynx, je me déclare reconnaissant aux bienfaits du traitement que je vais vous indiquer dès aprésent.

Quoique *beaucoup d'années ne soient pas encore ecoulées* depuis que les laryngoscopistes ont publié, chacun à son tour, des travaux sur le traitement des affections syphilitiques du larynx, la littérature a été étonnamment enrichie, pendant cette période, en indications de programmes thérapeutiques pour les combattre et les guérir. Parmi ces différentes méthodes, il y en a sans doute beaucoup qui ont passé assez inaperçues sans gagner du terrain, tandis que d'autres ont pu faire leur chemin avec plus ou moins de chance. Quoiqu'il en soit, je vous épargnerai un aperçu historique lequel pourrait bien trouver sa place dans un ouvrage didactique, tandis qu'il serait presque inutile, en s'adressant à des confrères, qui sont tous au jour de l'histoire contemporaine de la thérapie.

Pour ce qui regarde mon expérience quotidienne, les altérations syphilitiques secondaires du larynx cédent très surement au traitement local au moyen des pulvérisations de deuto-chlorure de mercure pratiquées à l'aide du pulvérisateur à froid, suivies dans les cas d'une certaine gravité, d'insufflations de calomel préparé à vapeur. A la clinique de M. Schnitzler à Vienne, j'ai vu employer un traitement qui a avec ma méthode une certaine analogie. Mais il faut ajouter qu'il en diffère assez.

Je fais faire aux malades deux ou trois fois par jour des pulvérisations avec la solution suivante:

Deuto-chlorure de Mercure	Gr.	0,10
Alcool rectifié	»	10,00
Eau distillée	»	250,00

Chaque pulvérisation doit être faite avant chaque repas à la distance d'une demi-heure au moins; elle doit avoir la durée de cinq à six minutes, et après cela le malade doit se laver bien les dents avec une solution de salicylate de soude. Bien des fois le traitement local pratiqué de la sorte est suffisant pour amener la guérison. En tous cas je préfère d'y ajouter un traitement général à l'aide des frictions mercurielles et du « Decoctum Zittmanni » ou des pilules de protojodure de mercure.

On a beaucoup combattu la nécéssité d'un traitement local dans les affections syphilitiques du larynx. Mais il est certain que la thérapie générale, quand elle était seule, a assez souvent échoué. Du reste on pourrait bien comparer les ennemis du traitement local à un médecin qui ayant sous les yeux une « Onychia syphilitica » se bornait à frictionner son malade sans se donner la peine de traiter du tout l'affection à l'ongle.

J'ajouterai que le traitement des affections syphilitiques du larynx comme le pratique mon ami le Dr. Fauvel (frictions et jodure de potassium), ne m'a pas paru toujours suffisant.

Les altérations tertiaires ne se passent jamais d'un actif traitement général auquel il est nécessaire adjoindre la cure locale comme nous venons de la communiquer; seulement les proportions du deuto-chlorure doivent être augmentées, et les insufflations de calomel à pratiquer immédiatement après la pulverisation ne doivent être jamais négligées. Cela suffit s'il s'agit d'ulcérations, mais lorsqu'on a à faire à des altérations plus profondes, à une chondrite, à une périchondrite, le traitement meilleur consiste dans le badigeonnage aux préparations jodées. On conçoit que le dosage des sels jodés doit varier avec la tolérance du malade et le degré des altérations.

Je n'ai jamais eu des inconvénients par l'usage des pulvérisations de sublimat: il parait que administré sous cette forme il n'exerce qu'une bienfaisante action locale, parce que ces pulvérisations ne m'ont mis que très rarement en condition d'avoir à combattre le ptyalisme ou la colique mercurielle, quoique elles fussent continuées pendant des semaines avec de légères interruptions. Au contraire, les insufflations du calomel assez souvent lors de leur première application ou plus fréquemment après la deuxième ou la troisième selon les cas individuels, m'ont toujours donné la colique comme premier symptôme de mercurialisme qui est bientôt suivi du ptyalisme. Celui-ci, qui est le seul inconvénient d'un pareil traitement, nous oblige d'interrompre les insufflations pendant quelques jours, et à recourir aux gargarismes de chlorate de potasse. En tous cas la rapidité de l'action d'un tel traitement, nous dédommage bien largement de ces troubles, lesquels, du reste, sont liés à toute cure mercurielle.

Les végétations et les ankyloses résultant parfois de la guérison des processus syphilitiques du larynx ne cèdent presque jamais à l'action du traitement complexe le plus énergique; alors il faut se confier au couteau ou au galvanocautère pour les brides et pour les végétations, tandis que pour les sténoses graves résultantes d'ankyloses ou des déformations du larynx, il faut recourir de bonne heure à la trachéotomie, qui représente alors le seul moyen de se garantir des surprises qui peuvent être rapidement funestes.

Messieurs, j'ai fini. Je vous confie mes études, mes observations, et je vous soumets mes conclusions. Les études et les observations se ressentent de toute la conscience qui est inséparable du vrai progrès de la science et de la dignité de notre art: mes conclusions se ressentiront, peut-être du manque de pro-

portion entre la tâche et mes forces. A vous tous à combler le vide et à remplir mes vœux en me démontrant que j'ai rencontré ici, plus que des confrères des maîtres.

M. Masucci a la parole pour communiquer ses observations sur les *Douches nasales d'air comprimé simples et médicamenteuses, d'après la méthode du Dr. Massei.*

Messieurs,

Le caractère essentiel du médecin est l'étude, l'observation du fait, qui se constitue toujours comme base et démonstration de la vérité. Pour lui, le fait c'est l'aimant qui doit le conduire à la vérité; et pour que l'observation de ce fait soit juste, il faut qu'il l'étudie non seulement avec ordre et dans ses plus minutieux détails, mais encore qu'il l'expérimente plusieurs fois.

Animé par cette conviction je viens soumettre mes considérations cliniques tirées des faits à l'appréciation d'hommes renommés dans la science, afin qu'elles soient contrôlées par leurs propres expériences.

Or il n'y a guère aujourd'hui de médecin qui ne connaisse l'action physiologique et les indications thérapeutiques de l'appareil pneumatique de M. Waldenburg. Indiqué tout d'abord dans certaines maladies des bronches et des poumons, il fut appliqué aussi dans des affections cardiaques, mais jusqu'à présent l'air comprimé n'a pas été employé comme moyen dilatateur dans les rétrécissements des narines.

Les nombreux et remarquables succès que j'ai obtenus, soit à la Clinique de mon cher ami le Dr. Massei, soit dans ma pratique privée, me permettent d'affirmer avec certitude, et sans crainte d'être contredit, que le meilleur remède pour vaincre les rétrécissements du nez, est le traitement par l'air comprimé simple ou médicamenteux, traitement dont, autant que je sache, M. Massei a eu l'initiative, et qui a été ensuite expérimenté par moi; traitement aussi facile à appliquer que bien supporté par tous les malades en général.

Je me dispenserai de faire ici les histoires cliniques de tous les malades que nous avons soignés par cette nouvelle méthode, car je n'aurais qu'à toujours répéter une symptomatologie qui vous est bien connue. Voilà pourquoi je pense, qu'il vaut mieux entrer en matière, et parler de l'action et de l'application de l'air comprimé.

Nous savons que plusieurs procès morbides qui ont pour siége la muqueuse nasale, l'inflammation chronique surtout, produisent comme dernier effet le rétrécissement de la cavité nasale par suite de l'engorgement de toute, ou d'une partie de la muqueuse qui la tapisse; et par conséquent, la dite membrane en est relâchée et appliquée à la cloison.

Il y a outre cela les polypes de cette même muqueuse, qui après leur arrachement laissent quelquefois des saillies plus ou moins sensibles, même des épaississements, et même des adhérences.

Je mentionnerai aussi l'ozène, qui par sa longue durée, laisse après sa guérison la muqueuse tantôt épaissie, tantôt avec des boutons, ou avec des adhérences morbides, etc.; et des rétrécissements par suite d'ulcères, n'importe de quelle nature ils aient éte.

Ces conditions abnormes rétrécissant comme nous l'avons dit) le calibre du canal nasal, entravent la respiration et favorisent le dépôt des produits

sécrétés, car on sait que l'air respirable, de préférence dans les conditions ordinaires, traverse ce conduit, qui peut être considéré comme un filtre, ainsi qu'avec raison l'a appelé Mr. Massei, et qui est tapissé d'une membrane muqueuse très étendue et d'un épithélium vibratil au contact de laquelle membrane l'air s'équilibre au degré de la chaleur du corps, et se dépouille de la poussière très-fine qu'elle tient en suspension. Or, ce filtre est appelé à fonctionner à chaque instant dans les conditions normales, dans la manière ordinaire de parler. De sorte qu'il est facile de comprendre que toutes les fois, que la libre pénétration de l'air par le nez est entravée, les troubles morbides chez le malade ne peuvent être que très-fâcheux, et qu'il est nécessaire de soigner le phénomène, qui s'élève à cause d'autres conditions morbides, surtout la pharyngite, qui en est la conséquence immédiate. Un traitement adroit dans de pareils cas, pourrait être l'étiologique; mais l'expérience nous a prouvé que les astringents et les modifiants, n'importe de quelle manière qu'on les mette en contact avec les parties malades, ou ne peuvent pas vaincre le rétrécissement, ou bien irritent encore davantage. De sorte que la nécessité de trouver une médication tout à fait symptomatique vient de suite à l'esprit, et maintenant la pratique a prouvé qu'en effet la dilatation graduelle doit précéder le traitement local quel qu'il soit, destiné à vaincre l'état d'inflammation chronique.

La dilatation mécanique se fait le plus souvent par les bougies. L'usage de ce moyen, appliqué à certaines maladies du nez, est très ancien. D'après les historiographes il semble presque contemporain à l'application des bougies dans les maladies urétrales, puisque Guainerio dans son ouvrage (1534) en parle en ce propos, et Alphonse Ferri napolitain, dès l'année 1548 employait les bougies médicamenteuses pour détruire les polypes de la muqueuse nasale. Voilà pourquoi la priorité doit se donner à ces deux savants contemporains quoiqu'on veuille l'attribuer à un empirique portugais appelé Philippe. Celui-ci communiqua son secret l'année 1551, c'est-à-dire trois ans après que M. Ferri employait les bougies pour les polypes du nez, et après trois autres années encore Amate Lusitano prétendait attribuer cette découverte à Aldérète. Dès le commencement de notre siècle nous voyons la dilatation graduelle employée contre les rétrécissements du nez par Monteggia.

On a employé aussi les bougies métalliques, des petits morceaux d'éponge préparée, des bougies flexibles ou rigides, des bougies de laminaria digitata, et aussi des dilatateurs à air.

Le cathétérisme a ses inconvénients. En effet il faut tenir compte de l'action mécanique qui, bien que minime, quand le praticien qui l'emploie a de la pratique et de l'habileté, peut s'exagérer chez des malades hypérestlétiques, jusqu'au point de devoir forcer le sanitaire à y renoncer. Je me fonde sur l'expérience personnelle, et je me rappelle fort bien des cas dans lesquels les bougies les plus minces, les plus flexibles, et employées avec le plus grand ménagement excitaient des fortes névralgies qui forçaient les malades à garder la chambre pendant plusieurs heures, loin de la lumière et de tout bruit. Il faut en plus considérer qu'à peine on a éloigné l'instrument dilatateur, on perd ce qu'on avait obtenu, comme du reste l'observa Monteggia dès ses temps. De là, la nécessité de continuer pendant long-temps le traitement, et de se contenter tout au plus d'une amélioration fort lente.

Animé par ces considérations M. Massei s'ingénia pour trouver un remède facile à appliquer et qui pût être bien toléré; il se proposait de ré-

soudre en même temps la double question de traiter étiologiquement et symptomatiquement les rétrécissements nasals. L'air comprimé lui sembla devoir répondre théoriquement au but qu'il se proposait. Il commença à l'expérimenter, et il me chargea de l'aider dans ses recherches, en choisissant les cas les plus classiques, et ceux dans lesquels la dilatation par les autres moyens avait échoué.

Les sujets ne pouvaient manquer dans notre clinique, ni dans le cabinet spécial pour les maladies du larynx et des voies respiratoires si parfaitement monté dans l'Etablissement du Chiatamone à Naples : et en effet nous eûmes bientôt l'occasion d'essayer la nouvelle méthode.

A l'appareil de M. Waldenburg, et proprement à l'extrémité libre du long tuyau de caoutchouc durci, au lieu de ce robinet, on ajoute un autre tuyau de moindre diamètre et à son extrémité libre une olive munie aussi d'un robinet, comme celle de la douche nasale de Weber, si ce n'est que le diamètre de l'ouverture de celui-là est un peu plus grand. Après avoir préparé l'appareil pneumatique comme on fait pour les inspirations d'air comprimé, c'est-à-dire après avoir fait monter le cylindre par le moyen des poids, on les enlève, et on en met sur le fond, ayant eu soin de fermer avant le robinet, après quoi le malade introduit dans la narine qui est le siége du rétrécissement l'olive placée au bout du tuyau de caoutchouc, et moyennant le robinet, il est à même d'interrompre de temps à autre l'introduction de l'air comprimé dans le nez. La marche que l'air suit est, l'on peut dire, la même que le courant d'eau dans la douche de Weber, et elle prouve le principe physiologique que M. Weber confirmait pour son irrigateur, c'est-à-dire que toutes les fois que l'espace naso-pharyngien est plein d'eau, et nous pouvons ajouter d'air, l'un et l'autre sortent par la narine opposée à celle par laquelle pénètre le courant.

Il est facile de comprendre de quelle utilité est cette douche d'air comprimé si l'on pense à son action physiologique. Nous savons par l'analogie d'effets sur le trait inférieur des voies de la respiration, que les inspirations d'air comprimé ont une action évidente d'anémie locale, c'est-à-dire qu'elles chassent le sang de la périphérie en le faisant refouler aux centres. Nous savons que dans les rétrécissements des bronches par suite d'engorgement de la muqueuse, outre cette effet, il y en a un autre tout mécanique, et pour les rétrécissements des voies nasales, nous pouvons répéter la même chose, c'est-à-dire, que l'air comprimé force le calibre du canal, et a de la tendance à en augmenter les dimensions. Il faut à ce sujet se rappeler que, non seulement le courant d'air qui pénètre a cette puissance, mais qu'elle appartient encore au courant qui sort par la narine opposée, de sorte que la dilatation se fait en même temps dans les deux narines ; dans l'une du devant en arrière, et dans l'autre d'arrière en avant ; et dans la même narine la dilatation peut se faire de devant en arrière, ou d'arrière en avant, suivant qu'on applique la douche à la narine rétrécie ou à celle opposée. Voilà le point le plus saillant de l'action thérapeutique des douches nasales d'air comprimé ; leur double effet physiologique, la dilatation des narines et la diminution de l'engorgement ; propriétés qu'aucun autre agent ne pourrait vanter de posséder.

Les résineux, et leur huile essentielle spécialement, employés topiquement sur les muqueuses, exercent une action irritante de la nutrition des tissus torpides et ainsi rendent aigus les catharres chroniques de ce tissus muqueux. En outre en rétrécissant les capillaires dilatés passivement, ils diminuent la sécrétion

transsudative, et accelèrent et renforeent la eireulation et gagnent l'accidentel stase périphérique.

On eonçoit done l'utilité de eette méthode dans les eonditions pathologiques dont nous avons parlé; la pression et l'anémie que l'air eomprimé produit sur les tissus épaissis ou relâehés, les ramène à l'état normal, et en rendant eet air eomprimé médieamenteux par le moyen des résineux, des désinfeetants, là où la séerétion serait de mauvaise nature et fétide, il produit une aetion astringente et modifiante. Les avantages qu'on en retire sont done surprenants, et la pratique répond parfaitement à la théorie, ear dans tous les eas où l'indieation de l'air eomprimé simple ou médieamenteux était requise, j'ai toujours obtenu des résultats tels qu'ils surpassaient toute attente, surtout paree que les bons effets se manifestaient dès les premières médieations, et sans la moindre douleur, eontrairement à ee qu'il arrive avee les autres agents méeaniques.

Un, ou deux eylindres d'air eomprimé avee la plus forte pression que l'appareil peut permettre, e'est-à-dire 12 kilogram. suffisent à ehaque séance, et pour l'air eomprimé médieamenteux exaetement eomme l'on fait pour le trait inférieur de l'appareil respiratoire, j'ajoute 3 à 5 gouttes d'huile essentielle de térébenthine, ou d'une solution aleoolique d'aeide phénique au 5e dans la bouteille de Wolf après l'avoir remplie d'environ un tiers d'eau tiède; ee degré de compression suffit à la dilatation, et est en même temps parfaitement supporté.

Messieurs,

Devant vous, hommes éminents par la sciene et le mérite, je ne pouvais avoir la prétention de développer dans toute son étendue eet argument tout intéressant qu'il soit; je me suis done borné à vous exposer les faits dans leur vérité, mais j'ai la satisfaetion d'avoir appelé votre attention sur un remède souverain, que je suis sûr que vous expérimenterez vous aussi dans votre pratique éelairée.

C'est pour cela que je vous présente les eonclusions suivantes que je soumets à votre examen:

1. L'air eomprimé sous forme de douehe est un moyen dilatateur énergique eontre les rétréeissements nasals.

2. Les douehes d'air eomprimé l'emportent sur les autres moyens dilatateurs méeaniques les plus usités, parce qu'elles réunissent l'indieation symptomatique étiologique, et sont toujours très-bien supportées, même ehez les individus hyperesthésiques.

3. Elles sont d'une applieation bien faeile et méritent à bon droit d'avoir une plaee distinguée dans le traitement loeal des maladies du nez.

4. Elles sont enfin le meilleur moyen pour mettre en eontaet de la muqueuse surtout de eelle qui tapisse les sinus frontaux (impossibles à atteindre) et aussi la eavité naso-pharyngienne, les remèdes modifieateurs qu'on peut utiliser en pratique par l'effet de leur volatilité: et de eette manière le domaine de ees résineux s'étend aussi au traitement conséeutif des autres maladies nasales, qui ne produisent pas de rétréeissement, mais qui réelament un traitement topique, et ne sont pas à la portée des instruments ordinaires.

M. Grazzi présente au nom de M. Ruggi les photographies d'une jeune fille opérée par ce dernier d'extirpation totale de la glande thyroïde pour le traitement d'un volumineux goître follieulaire en dégénération colloïde dans lequel il s'était formé un grand kyste dans la partie médiane. Le goître ne portait pas de désordres physiques, mais c'était la beauté qui était compromise. Les resultats ont été très satisfaisants.

M. Capart lit son travail sur *L'influence exercée sur le larynx et la trachée par les affections des fosses nasales et de la cavité naso-pharyngienne.*

Messieurs,

Tous les auteurs qui ont traité des maladies de l'oreille ont insisté avec une unanimité bien légitime sur le rôle important que jouent dans leur production les troubles pathologiques des fosses nasales et de la cavité naso-pharyngienne. Par contre, c'est à peine si nos laryngologues les plus distingués s'y sont arrêtés quand ils traitent de l'étiologie des maladies du larynx et de la trachée. Or, pour ma part, je ne doute aucunement qu'elles soient aussi désastreuses pour l'exercice régulier de la parole et du chant que pour le libre fonctionnement de l'ouie. Les quelques exemples qui vont suivre suffiront j'espère à vous faire partager cette conviction.

Et tout d'abord je tiens à vous relater en détail le premier cas qui ait fixé mon attention sur ce point.

Le 23 octobre 1878, j'étais consulté par Madame Kinsbergen, négociante en cigares, âgée de 35 ans. Elle se plaignait de ce que depuis son enfance elle était incommodée sans cesse par des mucosités abondantes qu'elle avait toutes les peines du monde à moucher et qui répandaient une odeur parfois insupportable.

Ce qui la tourmentait le plus, c'est que, depuis deux ans, époque de la naissance de son dernier enfant elle avait été prise d'un enrouement qui allait souvent jusqu'à l'aphonie complète et d'une gêne de la respiration parfois considérable. Tous les 5 ou 6 jours, alors que ces symptômes étaient arrivés à leur comble, elle était prise de quintes de toux violente et elle parvenait à expectorer un bouchon volumineux et dur, qui reproduisait la forme de la trachée. Elle se sentait alors soulagée pour quelques jours.

Je l'examinai et voici ce que je constatai: dans les fosses nasales, tous les signes ordinaires d'un ozène grave. Fosses nasales tellement larges que l'on voit facilement la paroi postérieure du pharynx et les mouvements du voile du palais, cornets inférieurs atrophiés, cornets moyens volumineux et recouverts de mucus jaune verdâtre très adhérent. Le pharynx était sec comme parcheminé et recouvert par places de mucosités desséchées. La muqueuse du larynx présentait des signes d'inflammation évidente surtout sur les cordes vocales; de plus il offrait dans toute son étendue cet aspect spécial que l'on rencontre si souvent dans l'ozène, mais dans le pharynx seulement c'est à dire que la muqueuse était comme recouverte d'une couche de collodion. La trachée était comblée de mucus jaune verdâtre en tout semblable à celui des fosses nasales. Il restait une espace tout au plus large comme une plume d'oie pour assurer

le passage de l'air. Cela expliquait parfaitement tous les symptômes observés. Il s'agissait donc d'un ozène qui s'était étendu de proche en proche des fosses nasales jusqu'à la trachée. Je croyais le cas unique dans les annales de la science et j'allais le publier comme tel quand le hasard me fit découvrir dans un numero du « *Berliner Klinische Wochenschrift* » que dans un Congrès Médical tenu à Berlin, le Dr. Lewin (si je ne me trompe) avait publié plusieurs observations identiques. Ce cas était également analogue à ceux qui ont été décrits par Stoerk dans son récent ouvrage sous le nom de « blennorrhée chronique du nez du larynx et de la muqueuse des voies respiratoires » il en differe essentiellement en ce que la dyspnée et l'aphonie ne tenaient pas à une adhérence des cordes vocales ni à une hypertrophie en masse des parois de la trachée mais bien à des mucosités desséchées.

On avait employé vainement pour guérir la malade tous les traitements imaginables parmi lesquels je ne puis manquer de signaler de fréquentes applications de sangsues sur le sternum et de cataplasmes émollients sur le larynx. Inutile de dire qu'ils étaient demeurés absolument inefficaces.

Je me bornai à lui prescrire des douches nasales fréquentes avec une solution de chlorate de potasse (une cuillérée à soupe pour un litre d'eau). Sous l'influence de ce moyen ponctuellement suivi, il se produisit une amélioration frappante. L'odeur infecte disparut en quelques jours, les mucosités des fosses nasales diminuèrent d'abondance, le pharynx devint moins sec et les symptômes de gêne respiratoire et d'aphonie ne se reproduisirent plus que tous les 15 jours ou même toutes les trois semaines. Quel aurait été le résultat définitif après un traitement prolongé? Je ne saurai vous le dire. Cette malheureuse dame a trouvé la mort avec deux de ses enfants qui eux aussi étaient atteints d'ozène dans un incendie à jamais mémorable à Bruxelles.

Peu de temps après j'avais l'occasion d'observer 3 faits bien moins graves mais non moins intéressants. Les voici relatés aussi brièvement que possible:

Monsieur de K..... fort ténor, depuis 12 ans dans différents théâtres de France et de Belgique, s'est vu obligé d'abandonner la carrière théatrale depuis trois ans parceque depuis lors chaque fois qu'il veut chanter, il a des mucosités abondantes dans la gorge, il se fatigue et il lui semble que la voix se couvre comme d'un voile surtout dans la voix de tête. Je l'examine et je constate les signes d'un ozène léger, de la sècheresse du pharynx et une laryngo-trachéite bénigne. Je lui fis pratiquer des douches nasales au chlorate de potasse associé au bicarbonate de soude et je lui recommandai de se gargariser fréquemment avec de l'eau salée et chose remarquable, sans avoir fait subir de traitement au larynx, le voix se remit si bien qu'il a pu cette année tenir un emploi brillant dans une des principales villes de France.

Je l'ai revu, il y a quelques mois; les fosses nasales et le pharynx étaient considérablement améliorés, il ne restait plus qu'un peu de laryngite que j'ai combattue au moyen de cautérisations légères au nitrate d'argent.

Madame R..... âgée de 23 ans, artiste dont l'avenir promettait d'être des plus brillants, a dû quitter le théâtre de la Monnaie depuis trois ans par suite d'une fatigue très grande qu'elle ressentait chaque fois qu'elle voulait chanter. Elle se borna à consulter un médecin homœopathe qui lui prescrivit des globules, ce qui n'améliora naturellement en rien sa situation.

L'examen auquel je la soumis me prouva qu'elle était atteinte d'un ozène léger, d'une pharyngite atrophique peu grave. Le larynx présentait en même

temps les lésions ordinaires de la laryngite et une parésie des cordes vocales. Je conseillai les douches nasales au chlorate de potasse associé au bicarbonate de soude, mais chose étrange, malgré une amélioration rapide et vraiment remarquable de la voix, Madame R..... se fatigua bientôt du traitement et depuis quelque mois je ne l'ai plus revue.

Mademoiselle M..... 25 ans, propriétaire à Gand, est très tourmentée parceque depuis 5 mois à la suite de coryzas fréquents, elle mouche abondamment des mucosités épaisses qui répandent parfois de l'odeur et elle éprouve dans la gorge une telle sécheresse qu'il lui est devenu impossible de chanter. Je l'examine et je constate qu'elle souffre d'un ozène léger surtout accusé à droite. — Dans le pharynx, il y a quelques granulations; dans le larynx je découvre de la rougeur des cordes vocales. J'institue le même traitement que ci haut, je pratique la cautérisation galvanique des granulations pharyngées et sans avoir fait subir au larynx le moindre traitement, la voix revient avec sa force et son timbre normal au bout de trois semaines seulement.

Je n'ai pas besoin de vous dire que ces cas m'ont vivement impressionné. Ainsi depuis lors je n'ai jamais omis d'examiner le larynx et la trachée de tous ceux qui sont atteints d'ozène à quelque degré qu'il soit arrivé et je suis arrivé à ce résultat qui pourra vous paraître exagéré c'est que alors même qu'il n'existait aucune lésion prononcée du pharynx, j'ai constaté 80 fois % que ces malades avaient une laryngo-tracheite chronique. D'ailleurs une remarque que vous pourrez tous faire c'est que presque tous ceux qui sont affligés d'ozène ont une raucité gutturale toute particulière de la voix et ceux qui ne présentent que les degrés les plus minimes se plaignent tout au moins d'éprouver une fatigue très grande de la gorge quand ils ont chanté ou parlé beaucoup. Enfin presque tous expectorent tous les matins en toussant des mucosités épaisses qui offrent la plus frappante analogie avec celles qu'ils expulsent des fosses nasales.

Le coryza chronique et surtout le coryza hypertrophique exerce une action aussi évidente mais moins marquée. Je choisis dans un grand nombre d'observations les deux suivantes qui sont les plus frappantes.

Le 5 décembre 1878, j'étais consulté par Monsieur C....., industriel, âgé de 30 ans. Il se plaint de ce que depuis cinq ans son arrière gorge est toujours chargée de mucosités qui le forcent à cracher sans cesse. Depuis quatre ans il éprouve une fatigue très grande chaque fois qu'il a chanté au point même que depuis un an il a dû interrompre complètement ses leçons. Le médium est bon mais dans les notes élevées la voix a considérablement perdu de sa pureté. Il ressent une gêne constante de la respiration dans les fosses nasales et il contracte incessament de nouveaux coryzas. Je l'examine et voici ce que je trouve : les cornets inférieurs ont leur extrémité antérieure hypertrophiée rouge et dépressible avec la sonde. En arrière ils ont acquis un volume considérable à tel point même qu'ils viennent se mettre en contact en recouvrant une grande partie de la cloison et obstruer les choanes. Le pharynx offre derrière les piliers postérieurs mais surtout à droite un véritable paquet de granulations. Les cordes vocales sont rouges et recouvertes d'un mucus filant qui s'étire sous forme de stries à chaque mouvement d'inspiration. De plus quand le malade émet un son, le rapprochement des cordes vocales n'est pas complet.

Ce monsieur a consulté différents médecins qui lui ont cautérisé fréquemment le pharynx sans produire la moindre amélioration, naturellement,

puisque l'on avait omis d'attaquer la cause. Je lui cauterisai avec le galvano-cautère les cornets inférieurs et surtout leur extrémité postérieure en m'aidant du miroir pharyngoscopique, je détruisis les granulations pharyngiennes par le même procédé et en trois séances la guérison était complète. Le malade respirait librement par les fosses nasales, il n'avait plus de mucosités dans la gorge et il pouvait chanter comme jadis.

Mademoiselle G..... âgée de 18 ans, élève au Conservatoire de Bruxelles vint réclamer mes soins dans le courant du mois de mai dernier parceque depuis quelque semaines il lui était impossible de chanter, ce qui la désolait parcequ'elle devait étudier ses morceaux de concours.

Elle avait consulté déjà un spécialiste qui lui avait pratiqué des cautérisations du pharynx avec une solution de nitrate d'argent, ce qui ne fit qu'aggraver son état. Je constatai chez elle un catarrhe chronique naso-pharyngien des plus accusés : hypertrophie et relâchement de la muqueuse des cornets inférieurs, hypertrophie de l'extrémité antérieure des cornets moyens, mucus épais répandu sur la partie nasale du pharynx. La muqueuse du larynx est rouge, les cordes vocales sont vascularisées et dépolies, on dirait que par place l'épithélium est enlevé.

Je lui conseillai de faire des douches nasales avec une solution de chlorate de potasse et de bicarbonate de soude (1 cuillerée à café de chaque pour 1[2 litre d'eau), je cautérisai avec le galvano-cautère quelques granulations pharyngées et recommandai des gargarismes fréquents avec l'eau salée.

Je prescrivis également à l'intérieur l'iodure de potassium à faible dose ayant remarqué combien parfois ce médicament est utile dans des cas analogues. En quelques semaines une amélioration considérable se produisait et sans que j'aie fait subir le moindre traitement au larynx cette jeune fille put reprendre ses leçons et elles vient récemment d'obtenir le premier prix de chant dans sa classe.

Il est bien étonnant que tandis que l'ozène et le coryza chronique exercent sur le larynx l'influence que je viens de vous signaler, les polypes du nez, paraissent absolument inoffensifs ;c'est ainsi que sur 137 malades que j'ai opérés en dernier lieu c'est à peine si deux seulement avaient la voix rauque.

Il n'en est pas de même des végétations adénoïdes du pharynx, qui agissent de la façon la plus puissante. Si je devais même m'en rapporter à ma propre expérience, j'oserais dire qu'elles font perdre la voix à beaucoup plus d'artistes que les maladies essentielles du larynx. Seulement il importe que je fasse ici une observation. La forme de végétation qui intéresse le laryngologiste n'est pas la même que celle qui doit occuper le spécialiste pour les affections des oreilles et le traitement des unes ne convient pas aux autres. Ainsi, dans ces cas, au lieu de rencontrer ces sortes de stalactites qui pendent de la voute du pharynx ou ces saillies bourgeonnantes de la paroi postérieure, on trouve limitée à la partie supérieure derrière la cloison qu'elle recouvre en partie une tumeur plus ou moins bosselée pouvant présenter le volume d'une fève ou d'une petite amande et offrant parfois une résistance considérable.

Ce qui fait que tandis que l'on peut détruire les végétations adénoïdes ordinaires par des procédés variés : la curette l'anneau tranchant, les pinces de Catti ou de Delstanche, je ne pense pas qu'il soit possible d'enlever les tonsilles pharyngiennes hypertrophiées auxquelles je fais allusion ici autrement qu'avec l'anse galvanique. Un exemple suffira pour vous faire mieux comprendre toute ma pensée.

Le 21 janvier 1880 j'étais consulté par Mademoiselle R..... agée de 22 ans élève au Conservatoire. Depuis six mois, me dit elle, elle a commencé à remarquer que sa voix allait sans cesse en s'affaiblissant. En outre, elle ne pouvait chanter sans être tourmentée par des mucosités abondantes qui la gênaient au plus haut point. Elle éprouvait en même temps des douleurs de tête continues, s'enrhumait à tout propos, avait la gorge très sèche tous les matins, et elle expulsait alors des mucosités qu'elle n'obtenait qu'avec une peine excessive. Elle s'était adressée à plusieurs médecins qui lui avaient fait subir divers traitements et elle était bien décidée à abandoner la carrière du chant lors qu'on lui conseilla de venir me consulter.

Je ne tardai pas à me convaincre que tout ce qu'elle éprouvait était dû à une hypertrophie considérable de la tonsille pharyngienne. En effet elle avait derrière la cloison à la voute du pharynx une tumeur rougeâtre du volume d'une phalange. Je lui en proposai l'extraction qu'elle accepta. Voici comment je la pratiquai: la langue étant maintenue abaissée avec l'abaisse-langue de Voltolini que j'ai fait modifier, j'introduisis, en m'éclairant d'un miroir, une anse d'acier d'un diamètre correspondant à celui de la tumeur. Je l'appuyai contre elle et fis passer le courant en resserant l'anse. La plus grande partie de la tonsille fut ainsi extraite et il me suffit alors de quelques séances pour enlever les quelques fragments qui avaient pu échapper. En moins d'un mois les phénomènes les plus incommodes avaient disparus, j'ai revu cette jeune fille il y a quelques jours; elle peut maintenant chanter comme jadis et même il lui semble que sa voix a gagné en force et en étendue.

Vous me demanderez peut être maintenant, Messieurs, comment je me figure le mécanisme de production de la laryngo-trachéité dans ces cas. Je vous dirai qu'il me semble être multiple. D'abord, on peut admettre la simple propagation inflammatoire. Les mucosités qui s'écoulent sur la paroi postérieure du pharynx descendent dans le larynx puis dans la trachée et y déterminent sur place une inflammation lente et en quelque sorte spéciale, c'est ainsi que dans le coryza chronique toute la muqueuse est intéressée tandis que dans l'ozène l'appareil glandulaire est surtout atteint.

On peut encore admettre que ces troubles se produisent par action réflexe. Tous ceux qui ont eu l'occasion d'opérer beaucoup de malades savent par expérience qu'il suffit souvent de toucher avec la sonde soit l'extrémité antérieure du cornet moyen soit surtout sa face concave pour déterminer des quintes de toux assez violentes D'un autre côté il est admis par tous que les polypes du nez peuvent parfaitement engendrer des accès d'asthme. Si donc nous reconnaissons aux irritations parties des fosses nasales le pouvoir de mettre en jeu des nerfs sensitifs ou moteurs, nous serons autorisés à reconnaître qu'elles peuvent agir sur les nerfs vaso-moteurs et déterminer à des distances plus ou moins grandes des désordres vasculaires qui aboutissent bientôt à l'inflammation. Une dernière cause que l'on peut enfin invoquer surtout quand il y a hypertrophie de la tonsille pharyngienne ou bien hypertrophie colossale des cornets inférieurs c'est la fatigue du larynx. La libre sortie de l'air par les fosses nasales postérieures étant entravée et la résonnance du pharynx ayant beaucoup perdu de son éclat; les vibrations de la voix sont plus sourdes, elles portent moins loin et le malade cherche à compenser par la force ce qui lui manque en étendue ce qui produit ou bien une laryngite ou une paralysie des cordes vocales et surtout de la gauche.

Ici se termine ma tâche.

Mon but a été de vous démontrer toute l'importance que mérite l'examen des fosses nasales et de la cavité naso-pharyngienne quand un malade s'adresse à nous pour des troubles de la voix et du chant. J'espère l'avoir atteint à votre satisfaction. D'ailleurs le sujet mérite de nouvelles études que je poursuivrai et je me promets bien de vous en soumettre plus tard le résultat appuyé sur de nouveaux faits et corroboré par de nombreuses observations nécroscopiques.

La série des communications étant épuisée, M. Fournié se lève et prononce les paroles suivantes:

Avant la clôture de la session de 1880, je crois être l'interprète de tous ceux qui ont concouru de près ou de loin à nos travaux, en adressant quelques paroles à M. le docteur Labus.

M. Labus n'est pas un président ordinaire de session de Congrès; il est le promoteur et l'organisateur d'une idée féconde pour la science, avantageuse au malade et utile au médecin.

Ce qu'il faut de peine, de travail, de tact, de dévouement pour mener la réalisation de cette idée à bonne fin, nous seuls le savons qui avons assisté à une partie de l'œuvre de notre président. C'est pourquoi c'est de nous, de notre jugement et de notre appréciation éclairée qu'il doit recevoir la plus belle récompense qu'un homme puisse recevoir de ses pairs, l'expression de la reconnaissance et de l'estime particulière de tous ses confrères.

M. Elsberg est heureux de voir comme la Laryngologie est cultivée avec passion en Italie. La patrie du chant devait avoir l'honneur d'être le siége du Premier Congrès international de Laryngologie.

M. Labus prend la parole en ces termes :

Messieurs,

Je vous remercie des sentiments flatteurs que M. Fournié a voulu m'adresser en se faisant votre interprète.

Si l'idée de notre Congrès a pu être réalisée et avec tant de succès, le mérite en revient à vous mêmes, Messieurs, à votre empressement et à votre zèle. La faveur avec laquelle vous, ainsi que les confrères absents, avez accepté ma proposition, était déjà une grande satisfaction pour moi ; mais vous avez voulu me récompenser à usure avec l'insigne charge que vous m'avez conférée. Merci, Messieurs, merci bien vivement.

Et maintenant, arrivés au terme de nos travaux, avec l'âme envahie par deux sentiments bien différents, la satisfaction de l'œuvre accomplie et la tristesse de se séparer, je dois déclarer la clôture de cette première session du Congrès international de Laryngologie.

Ces deux sentiments ne pourront cependant pas s'effacer, car ils laissent des germes qui fructifieront.

De l'activité de ces jours-ci il en restera en souvenir un livre qui sera le dépositaire de nos travaux, l'attestation permanente de nos forces productives, l'incitation à de nouvelles réunions où nous irons nous communiquer nos idées et

apporter à la science de nouvelles conquêtes. Et de même le regret de la séparation de tant de confrères honorés, dont ce Congrès nous a fourni l'occasion de faire la connaissance personnelle et d'apprendre à les estimer et à les aimer, se changera en un doux souvenir qui réveillera en nous le vif désir de se retrouver tous à notre prochaine réunion pour resserrer les liens de l'amitié confraternelle, pour faire de nouvelles relations et nous serrer la main amicalement comme avec toute l'effusion de mon coeur je vous le fais en ce moment en vous disant: au revoir, au revoir tous à Paris.

FIN.

NUFFIELD LIBRARY
BRITISH MEDICAL ASSOCIATION

WELLCOME
LIBRARY
INSTITUTE

NUFFIELD LIBRARY
BRITISH MEDICAL ASSOCIATION